

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À  
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR  
MICHAËL BOUCHARD

LE DÉCÈS PAR SUICIDE D'UN CLIENT,  
SES IMPACTS SUR LES INTERVENANTS SPÉCIALISÉS  
EN INTERVENTION SUICIDAIRE

12 janvier 2014

## Composition du jury

Le décès par suicide d'un client, ses impacts sur les intervenants spécialisés en  
interventions suicidaires  
Michaël Bouchard

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Lucie Mandeville, directrice de recherche  
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)  
Maryse Benoit, membre du jury  
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)  
Janie Houle, membre du jury  
(Département de psychologie, Université du Québec à Montréal)

## **Sommaire**

Au Québec, le suicide est un problème de santé publique majeur. Parmi les personnes affectées par le suicide, les professionnels en santé mentale qui travaillent auprès des suicidés sont souvent négligés par la recherche (Sanders, Jacobson, & Ting, 2005). Pourtant, le décès par suicide d'un client représente un risque occupationnel important pour ceux-ci et il peut être précurseur d'une crise personnelle et professionnelle (Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski, & Muraoka, 1989). Cette étude a pour objectif de mieux comprendre la nature et l'intensité des impacts personnels et professionnels chez des intervenants spécialisés à la suite du décès par suicide d'un client. Douze intervenantes spécialisées auprès d'une clientèle suicidaire ont participé à la recherche. Un devis de recherche exploratoire a privilégié l'utilisation d'un questionnaire autoadministré comprenant des questions de nature quantitative et qualitative. Ce questionnaire comprenait des questions sociodémographiques, la version française de l'échelle de l'effet des événements révisée (IES-R) et deux sections mesurant la nature et l'intensité des impacts sur 10 aspects de la vie personnelle et sur 16 aspects de la vie professionnelle. Des analyses descriptives ont été effectuées pour les données quantitatives. Pour les données qualitatives, une analyse thématique a été effectuée selon l'approche de Paillé et Mucchielli (2003). La complémentarité des résultats quantitatifs et qualitatifs a permis de présenter un portrait global des impacts. Selon nos résultats, la majorité des intervenantes éprouvent un stress aigu dans la première semaine suivant le suicide. Sur le plan de la vie personnelle, plusieurs intervenantes vivent une baisse de

confiance en eux-mêmes, ressentent des émotions intenses, notent une diminution de leur qualité de vie et se plaignent d'une détérioration de leur santé physique, de leur qualité de sommeil et de leur habileté à gérer les problèmes de leur vie quotidienne. Sur le plan de la vie professionnelle, à l'inverse, la plupart des intervenantes sont en mesure de s'adapter à l'événement et de retirer des apprentissages qui contribuent à leur cheminement professionnel. Les intervenantes rapportent néanmoins des impacts négatifs sur la croyance en leurs compétences et leur jugement professionnel et sur leur vécu émotionnel au travail. Cette étude veut contribuer à l'élaboration de formations visant à mieux préparer les intervenants à faire face au décès par suicide de leur client.

Mots-clés : décès par suicide d'un client, impacts personnels, impacts professionnels, intervenants spécialisés auprès d'une clientèle suicidaire, formation sur le suicide.

## Table des matières

|   |      |
|---|------|
| Sommaire .....  | iii  |
| Table des matières .....  | v    |
| Liste des tableaux .....  | vii  |
| Remerciements .....   | viii |
| Introduction .....  | 1    |
| Contexte théorique .....  | 6    |
| Les personnes touchées par le suicide .....                           | 8    |
| La formation sur le suicide .....                                     | 11   |
| Réactions par rapport au décès par suicide d'un client .....          | 13   |
| Nature des réactions .....  | 14   |
| Intensité des réactions .....   | 16   |
| Facteur influençant l'intensité des réactions .....                   | 17   |
| Impacts sur la vie personnelle .....                                  | 19   |
| Impacts sur la vie professionnelle .....                              | 22   |
| Durée des impacts personnels et professionnels .....                  | 26   |
| Utilisation constructive de l'expérience du suicide d'un client ..... | 27   |
| La croissance post-traumatique et le suicide .....                    | 29   |
| Mise en contexte de la pertinence de l'étude .....                    | 30   |
| Objectifs de la recherche .....                                       | 33   |
| Méthode .....   | 35   |
| Type de recherche .....   | 36   |
| Participants .....  | 37   |
| Description des participants .....                                    | 39   |
| Instrument de mesure .....  | 40   |
| Déroulement de la recherche .....                                     | 47   |
| Analyse et présentation des résultats .....                           | 50   |
| Analyse des résultats .....   | 51   |
| Présentation des résultats .....                                      | 53   |
| Résultats à l'IES-R : la détresse après le suicide .....              | 54   |
| Nature et intensité des impacts sur la vie personnelle .....          | 55   |
| La nature et l'intensité des impacts sur la vie professionnelle ..... | 69   |

|   |     |
|---|-----|
| Discussion .....  | 98  |
| Un haut niveau de stress dans la semaine suivant le suicide .....                     | 100 |
| Impacts sur la vie personnelle .....  | 103 |
| Les intervenantes éprouvées sur le plan personnel .....                               | 104 |
| La résilience des intervenantes face au suicide .....                                 | 106 |
| Impacts sur le plan professionnel .....   | 107 |
| Le décès par suicide : une source d'apprentissages pour plusieurs intervenantes ..... | 107 |
| Le suicide affecte le sentiment de compétence et le jugement professionnel .....      | 111 |
| Au cœur de la perte d'un client par suicide .....                                     | 111 |
| Les doutes touchent la confiance en soi et la croyance en ses compétences .....       | 112 |
| Des expériences complexes avec les proches et les collègues .....                     | 117 |
| Des difficultés dans l'exercice de leur profession .....                              | 120 |
| Des changements définitifs sur la carrière .....                                      | 123 |
| Recherches futures .....  | 127 |
| Forces et limites de la recherche .....   | 130 |
| Conclusion .....  | 135 |
| Références .....  | 142 |
| Appendice A : Questionnaire .....   | 149 |
| Appendice B : Courriel de recrutement .....   | 166 |
| Appendice C : Formulaire de consentement .....  | 168 |

## Liste des tableaux

### Tableau

|  |    |
|--|----|
| 1. Score à l'IES-R et aux sous-échelles d'intrusion, d'évitement et d'hyperactivation .....                      | 54 |
| 2. Moyenne de l'intensité des impacts positifs et négatifs pour les dix aspects de la vie personnelle.....       | 57 |
| 3. Fréquence des réponses aux deux échelles (positive et négative) pour chaque aspect de la vie personnelle..... | 61 |
| 4. Fréquence des réponses aux échelles (positive et négative) pour chaque aspect de la vie professionnelle ..... | 71 |
| 5. Fréquence des réponses aux échelles (positive et négative) pour chaque aspect de la vie professionnelle ..... | 76 |

## **Remerciements**

Voilà maintenant venu le temps des remerciements!

Tout d'abord, un énorme merci à ma douce moitié Marie-Ève qui a su m'accompagner et me soutenir dans ce long parcours. Merci pour ta patience et ta compréhension envers les nombreux soirs et fins de semaine où je n'étais malheureusement pas disponible pour les activités de couple! Merci d'être mon petit rayon de soleil et surtout, merci d'être là pour moi!

Ensuite, merci à mes parents qui ont toujours été derrière moi dans mes projets de vie. Je me considère bien choyé par la vie de vous avoir et vous remercie de croire en moi!

Une mention spéciale à toutes les intervenantes qui ont pris le temps de remplir mon questionnaire, car sans vous cette recherche n'aurait pas pu avoir lieu. Merci pour l'ouverture et la générosité que vous avez faites part dans vos réponses.

Un gros merci également à tous les responsables des milieux où j'ai effectué mon recrutement. Je vous remercie d'avoir cru en ce projet et d'avoir contribué à sa réalisation. Une mention spéciale à Catherine Carignan pour sa grande gentillesse et sa disponibilité lors de mon recrutement de participants au sein des Centres de prévention du suicide.

Enfin, comment oublier ma directrice de thèse, Lucie? Un énorme merci de m'avoir accompagné tout au cours du processus de rédaction marqué par des hauts et certains passages à vide. J'ai particulièrement apprécié ta grande disponibilité, ton professionnalisme, ta bonne humeur et tes encouragements qui furent toujours constants à toutes les étapes du parcours. Sache que tu constitues pour moi une professeure qui a marqué très positivement mon cheminement professionnel!



## **Introduction**

Au Québec, le suicide est un problème de santé publique important. En 2009, le taux de décès par suicide chez les hommes représente le quatrième plus haut taux parmi les provinces canadiennes et le neuvième plus haut taux de suicide au monde (Légaré, Gagné, St-Laurent, & Perron, 2013). Pour chaque suicide, environ dix autres personnes sont affectées par la perte (Mishara, 1995).

Les études sur les impacts du suicide se sont intéressées davantage aux membres de la famille et aux amis du suicidé, plutôt qu'aux intervenants qui travaillent auprès des suicidés (Gaffney et al., 2009). Pourtant, le décès par suicide d'un client figure parmi les facteurs de stress les plus graves que vivront les intervenants dans leur carrière (Deutsch, 1984). Aux yeux des intervenants, le suicide d'un client représente l'échec ultime de la thérapie, et lorsqu'il survient, plusieurs intervenants sont envahis par un sentiment d'incompétence (Hendin, Lipshitz, Maltsberger, Haas, & Wynecoop, 2000; Ting, Sanders, Jacobson & Power, 2006; Darden & Rutter, 2011).

Malgré le risque pour les intervenants d'être confrontés au décès par suicide d'un client dans leur carrière, plusieurs d'entre eux se sentent mal préparés à faire face à une telle situation et souhaiteraient recevoir une formation sur le sujet (Linke, Wojciak, & Day, 2002)

Sur le plan de la recherche, les impacts positifs du décès par suicide d'un client et certains aspects de la vie personnelle et professionnelle sont peu abordés par la recherche. Une seule étude a été réalisée au Québec et aucune ne s'est penchée sur ce que vivent les intervenants spécialisés en intervention suicidaire qui vivent avec ce risque au quotidien.

La présente recherche vise à contribuer à l'élaboration de formations plus adaptées en apportant une meilleure compréhension des impacts du suicide d'un client chez les intervenants. De façon plus précise, elle vise à mieux comprendre la nature et l'intensité des impacts dans la vie personnelle et professionnelle d'intervenants spécialisés en interventions suicidaires.

Cette thèse se divise en cinq chapitres : le premier traitera du contexte théorique et des objectifs de la recherche, le second de la méthode, le troisième de l'analyse et de la présentation des résultats, la discussion sera développée dans le quatrième chapitre et la conclusion dans le cinquième.

Dans le but de bien cerner la problématique de cette recherche, le premier chapitre présente un relevé de la documentation scientifique sur le thème de la perte d'un client par suicide. Il se termine par une critique des études recensées, la démonstration de la pertinence de cette recherche et ses objectifs.

Le deuxième chapitre présente la méthode de recherche utilisée. Il comprend des informations relativement aux participants, aux instruments de mesure et au déroulement de la recherche. Douze intervenantes ayant vécu le décès par suicide d'un client ont été recrutées dans des milieux spécialisés auprès d'une clientèle suicidaire ou à haut risque suicidaire. Notre recherche présente un portrait détaillé de leur vécu qui a été rendu possible grâce à l'utilisation d'outils de mesure dont l'originalité repose sur l'utilisation de deux échelles mesurant l'intensité des impacts positifs et négatifs. Cet aspect original se distingue des recherches précédentes qui, elles, se limitaient aux impacts négatifs, et apporte une vision plus globale et plus nuancée de la nature et l'intensité des impacts.

Le troisième chapitre porte sur l'analyse et la présentation des résultats. Dans ce chapitre, les analyses descriptives des données quantitatives et l'analyse thématique des données qualitatives sont décrites, ainsi que les résultats de notre recherche. Ces résultats correspondent généralement à ceux obtenus dans les recherches antérieures, mais s'en distinguent sur certains points. Ainsi, si la majorité des intervenantes ayant participé à notre étude vivent un stress aigu dans la première semaine suivant le suicide ainsi que des impacts négatifs sur leur vie personnelle, la plupart vivent des impacts positifs sur leur vie professionnelle. Ils s'adaptent à l'événement et en retirent des apprentissages qui contribuent à leur cheminement.

Le quatrième chapitre discute des résultats de la recherche et des liens avec les écrits sur le même thème. Les retombées de l'étude sont également abordées, des pistes pour de futures recherches, ainsi que les forces et les limites de la thèse.

En guise de conclusion, les principaux éléments de la recherche sont mis en évidence et permettent, d'une part, de démontrer que les objectifs de la thèse sont atteints et, d'autre part, d'insister sur l'importance d'une formation qui répond aux besoins des intervenants au sujet des risques qu'implique le décès par suicide d'un client.

## **Contexte théorique**

Cette section présente un relevé de la documentation scientifique sur le thème de la perte d'un client par suicide. Elle comprend des informations sur les personnes touchées par le suicide, la formation sur le suicide, la nature et l'intensité des réactions à la suite de la perte d'un client par suicide, les impacts personnels et les impacts professionnels documentés. Ces impacts sont abordés en considérant à la fois les impacts négatifs et positifs. En terminant, une critique des études recensées et la pertinence de cette thèse sont abordées, ainsi que les objectifs de la présente thèse sont présentés.

### **Les personnes touchées par le suicide**

Le suicide constitue un problème de santé majeur à travers le monde. Le décès par suicide est considéré parmi les plus grandes causes de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 44 ans (De Leo & Evans, 2003). Après avoir connu une hausse importante dans les années 1990, le taux de décès par suicide chez la population québécoise tend à diminuer graduellement depuis les années 2000, mais il demeure tout de même inquiétant (Légaré et al., 2013).

Au Québec, en 2009, le taux de décès par suicide chez les hommes représente le quatrième plus haut taux parmi les provinces canadiennes et le neuvième plus haut taux de suicide au monde. Avec un taux de 12,5 décès par 100 000 habitants, le Québec vient tout juste après la Nouvelle-Écosse (taux de 13 décès par 100 000 habitants), le

Manitoba (taux de 14,1 décès par 100 000 habitants) et la Saskatchewan (taux de 15,5 décès par 100 000 habitants). Pour l'année 2010, les données provisoires nous indiquent que 1089 personnes se sont enlevé la vie au Québec, dont 829 hommes et 258 femmes. Pour l'ensemble du Québec, ce taux correspond à 13,7 décès par 100 000 personnes (Légaré et al., 2013).

Le décès par suicide a des conséquences sur les gens qui travaillent auprès des suicidés. Selon les estimations, pour chaque personne qui se suicide, environ dix autres personnes sont affectées par cette perte (Mishara, 1995). Les études se sont intéressées davantage aux membres de la famille et aux amis du suicidé, considérés comme les « survivants du suicide » (Gaffney et al., 2009). Les professionnels en santé mentale qui travaillent auprès du suicidé sont souvent négligés par la recherche (Darden & Rutter, 2011; Sanders et al., 2005). Pourtant, le décès par suicide d'un client représente un risque important pour les intervenants et peut avoir des impacts notables autant sur la vie personnelle que professionnelle (Chemtob et al., 1989). Cette situation est d'autant plus problématique qu'une grande proportion de suicidés établit un contact avec un professionnel en santé mentale dans les mois précédant leur décès (Lesage et al., 1994). Dans leur étude, Lesage et al. (1994) mentionnent que, parmi 75 jeunes hommes décédés par suicide, 50,7 % d'entre eux ont été en contact avec un médecin généraliste dans l'année précédant leur suicide, 25,3 % avec un psychiatre, 21,3 % avec un psychologue et 21,3 % avec un travailleur social.



Selon les écrits scientifiques, 50 % des psychiatres expriment avoir vécu le décès par suicide d'un client (Chemtob et al., 1989; Thomyangkoon & Leenaars, 2008), 22 % des psychologues (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, & Torigoe, 1988b), 16 % des internes en psychologie (Kleespies, Becker, & Smith, 1990), 33 % des travailleurs sociaux (Jacobson, Ting, Sanders, & Harrington, 2004) et 23 % des conseillers en orientation (McAdams & Foster, 2000).

Les intervenants peuvent être amenés à vivre cette expérience à plusieurs reprises dans leur carrière. Le terme « intervenant » réfère ici à tout professionnel en santé qui effectue des suivis thérapeutiques avec une clientèle présentant des difficultés psychologiques. Un suivi thérapeutique se distingue d'une intervention de crise par la durée du processus qui ne se limite pas à une seule intervention ponctuelle. Dans une étude nationale utilisant un devis de recherche corrélationnel, Chemtob et al. (1988b) ont recruté 588 psychologues des États-Unis afin qu'ils remplissent un questionnaire autoadministré portant sur la fréquence et les impacts du décès par suicide d'un client dans leur travail. Les chercheurs soulignent que, pour les psychologues ayant expérimenté un premier décès par suicide d'un client (soit 81 des 365 participants), le risque de vivre un second décès par suicide est de 39 %.

Dans une autre étude utilisant une méthodologie similaire effectuée cette fois auprès de 264 psychologues et 167 psychiatres, Chemtob et al. (1989) ont examiné le lien entre les facteurs de risque de vivre un décès par suicide d'un client et l'intensité des impacts

observés chez les intervenants. Ceux-ci montrent que l'occurrence du décès par suicide d'un client chez les intervenants peut varier selon le type de profession exercée (p. ex., psychologue, psychiatre ou travailleur social), le milieu de travail (p. ex., hôpital psychiatrique, laboratoire de recherche ou clinique privée) et le type de problèmes traités (p. ex., désordre affectif, abus de substance). En somme, les intervenants qui travaillent avec des patients ayant des troubles organiques, affectifs, de substances ou ayant des troubles psychotiques sont plus à risque de vivre le décès par suicide d'un client. Ce phénomène représente donc un risque occupationnel dans la pratique pour les intervenants (Chemtob et al., 1989).

Avant d'aller plus loin, il faut préciser que les comportements suicidaires englobent plusieurs types de gestes relatifs au suicide allant de l'idée suicidaire au décès par suicide. D'Amours et Kiely (1986) définissent un décès par suicide comme tout décès pour lequel un acte délibéré, menaçant la vie et accompli par une personne contre elle-même, a causé sa mort. Ils distinguent le décès par suicide, sujet auquel s'attarde la présente recherche, de la tentative de suicide principalement par la finalité du geste. Le terme « tentative de suicide » réfère plutôt à une situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met sa vie en danger, avec l'intention réelle ou simulée de causer sa propre mort, ou de faire croire que telle était son intention, mais dont l'acte suicidaire aboutit à un échec, volontaire ou involontaire (D'Amours & Kiely, 1986).

Qui sont les clientèles qui risquent de commettre un suicide et qui sont vues par les professionnels travaillant dans un milieu spécialisé en intervention suicidaire? Ce sont généralement des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. Dans leur étude, Lesage et al. (1994) ont analysé les résultats d'autopsies psychologiques de 75 hommes québécois âgés entre 18-35 ans qui sont décédés par suicide afin d'évaluer l'association entre le suicide et la présence de troubles mentaux. Les auteurs montrent qu'un trouble mental était présent chez 92 % des suicidés dans les six derniers mois précédant leur suicide. Ils ajoutent que la comorbidité était très élevée parmi les suicidés; dans 69,3 % des cas, au minimum deux maladies mentales étaient diagnostiquées chez ces derniers. La dépression majeure, la dépendance aux substances et le trouble de personnalité borderline étaient les trois troubles mentaux les plus fréquents chez les suicidés; 28 % d'entre eux ayant au moins deux de ces troubles. Il semble donc qu'une clientèle ayant des troubles de l'humeur, de consommation et des troubles de personnalité soit plus à risque de décès par suicide.

### **La formation sur le suicide**

Malgré le risque élevé pour les intervenants d'être confrontés au décès par suicide d'un client dans leur carrière, plusieurs auteurs suggèrent que les programmes universitaires ne fournissent pas la formation nécessaire, d'une part, pour faire face à une telle perte et, d'autre part, pour travailler auprès d'une clientèle suicidaire (Dexter-Mazza & Freeman, 2003; Wurst et al., 2011; Ellis & Patel, 2012). Bien que 99 % des 238 internes en psychologie de l'étude de Dexter-Mazza et Freeman (2003) mentionnent

avoir traité au minimum un client suicidaire durant leur formation universitaire, seulement 50 % de ces internes ont reçu une formation structurée sur le suicide dans le cadre de leur formation universitaire.

Pour ceux qui ont reçu une formation structurée sur le suicide, le contenu de celle-ci portait majoritairement sur l'évaluation (99 %), sur l'intervention de crise (84 %) et sur la prévention du suicide (57 %) au détriment de la postvention (32 %). La postvention est une forme de prévention tertiaire qui comprend différentes activités thérapeutiques et organisationnelles qui sont mises en place à la suite d'un suicide afin de diminuer la détresse émotionnelle vécue par les personnes affectées par le suicide et diminuer les risques que ne surviennent d'autres suicides dans un milieu (Callahan, 1996). Critiquant la formation doctorale et postdoctorale habituellement offerte sur le suicide au sein des milieux universitaires, Neimeyer (2000) reproche à ceux-ci de ne pas offrir la préparation requise pour gérer la complexité des crises suicidaires.

La formation sur le suicide considère peu les informations sur les impacts du décès par suicide d'un client chez les professionnels. Dans une étude auprès de 141 professionnels en santé mentale de la région de Québec (71 psychologues, 56 infirmiers en psychiatrie et 14 psychiatres), 82 % d'entre eux mentionnent ne pas avoir reçu d'information sur ce qu'ils pourraient s'attendre à vivre à la suite d'un tel événement (Henry, 2006). Linke, Wojciak et Day (2002) concluent, quant à eux, que 70 % des intervenants se sentent mal préparés par leur formation initiale professionnelle à faire face au décès par suicide d'un client et ces derniers aimeraient recevoir une formation à

cet égard. Parmi les internes en psychiatrie, seulement 2,5 % ont reçu une formation sur les impacts du décès par suicide d'un patient, ce que 82 % d'entre eux considéreraient modérément à extrêmement utile (Pieter, De Gucht, Joos, & De Heyn, 2003). Comme le souligne Henry (2006), aucune information relativement à la disponibilité et à l'étendue d'une formation pour préparer les intervenants à la possibilité de vivre un décès par suicide d'un client dans les programmes universitaires en psychologie ne semble exister.

Goodman (1995) suggère que ce manque de préparation accroît la réaction des intervenants après le suicide. En effet, cet auteur note que le choc vécu par les intervenants semble souvent exacerbé par leur sentiment de ne pas avoir été préparé à l'évènement. Un manque d'information quant aux impacts du décès par suicide d'un client sur l'intervenant est aussi associé à une possibilité accrue de vivre un stress aigu (Henry, 2006).

### **Réactions par rapport au décès par suicide d'un client**

Le décès par suicide d'un client figure parmi les facteurs de stress les plus importants que vivront les intervenants dans leur carrière (Deutsch, 1984). Comme tout incident traumatique, cette perte peut déclencher une crise pour l'intervenant (Menninger, 1991). Celui-ci éprouve des réactions, c'est-à-dire des réponses physiques, émotionnelles et comportementales à la suite du décès par suicide, et ces réactions peuvent avoir, à leur tour, des impacts dans sa vie personnelle et particulièrement dans sa vie professionnelle.

### **Nature des réactions**

À la suite du décès, les écrits scientifiques rapportent une gamme étendue de réactions chez les intervenants incluant des réactions de choc, de culpabilité, de deuil, de colère, d'anxiété, de déni et d'impuissance (Chemtob et al., 1989; Hendin et al., 2000; Wurst et al., 2011).

Une certaine confusion conceptuelle est entretenue dans la recherche au sujet du type de réaction chez les professionnels en santé mentale relativement au décès par suicide de leurs clients (Henry, 2006), certains auteurs réfèrent particulièrement au concept de deuil et de deuil complexe, alors que d'autres réfèrent au concept de stress, d'état de stress post-traumatique ou même de croissance post-traumatique. Dans une étude québécoise utilisant un devis de recherche mixte, Henry (2006) sollicita 400 professionnels en santé mentale afin de mesurer les réactions suite au décès par suicide d'un client et de clarifier la nature de ces réactions. Selon ses résultats, Henry (2006) conclut que les professionnels en santé mentale réagissent davantage au décès d'un client par suicide par des réactions de stress, plutôt que par le deuil ou le deuil complexe. Plusieurs recherches empiriques font d'ailleurs référence au concept d'état de stress post-traumatique et utilisent l'instrument de mesure *Impact of Event Scale* (IES) ou sa version améliorée (IES-R) pour évaluer les réactions personnelles initiales (c'est-à-dire les premières réactions à la suite au décès) vécues par les intervenants (Cryan, Kelly & McCaffrey, 1995; Goodman, 1995; Henry, 2006; Horn, 1995; McAdams &

Foster, 2000; Pieter et al., 2003; Ruskin, Sakinofsky, Bagby, Dickens, & Sousa, 2004; Yousaf, Hawthorn, & Sedgwick, 2002).

L'*Impact of Event Scale* est un instrument psychométrique qui fut proposé par Horowitz, Wilner et Alvarez (1979) afin de mesurer les symptômes psychologiques autorapportés à la suite d'un événement potentiellement traumatique. À titre d'exemple, le test mesure la présence d'images intrusives en lien avec l'évènement et de difficultés de sommeil telles que des cauchemars. Ce test est l'un des premiers questionnaires sur les symptômes de stress post-traumatique (Brillon, 2010). Bien que très utilisé, la principale faiblesse de l'IES consiste à ne pas estimer l'ensemble des symptômes de l'état de stress post-traumatique, ne mesurant pas les critères d'hyperactivation neurovégétative (critère D du ESPT selon le DSM-IV) et semblant sous-estimer les symptômes d'évitement comportementaux (Brillon, 2010). Une version améliorée de ce test, l'IES-R, fut élaborée par Weiss et Mamar (1997) afin de combler ses faiblesses. Bien que moins utilisée que l'IES dans les recherches sur le décès d'un client par suicide, l'IES-R semble tout de même être un instrument prometteur pour évaluer les réactions face au décès par suicide. Dans une étude effectuée auprès de 297 travailleurs sociaux de la Suisse qui ont vécu le décès par suicide d'un client, Heeb, Gutjahr, Gulfi et Dransart (2011) ont investigué les propriétés psychométriques de la version française de IER-S proposée par Brunet, St-Hilaire, Jehel et King (2003). Les auteurs concluent que le IES-R est un instrument adéquat qui possède une bonne cohérence interne afin de

mesurer les réactions des professionnels en santé mentale à la suite de la perte par suicide d'un client.

### **Intensité des réactions**

En plus de la nature des réactions, des études se sont intéressées à leur intensité, particulièrement celle du stress. L'intensité des réactions peut se manifester par des symptômes aigus de stress chez les intervenants. Ceux-ci sont vécus au cours des semaines suivant le décès par suicide de leur client, tels que mesurés rétrospectivement par l'échelle de l'*Impact of Event Scale* (IES). Dans son étude, Henry (2006) montre que 44 % des répondants présentent un niveau de stress atteignant une intensité telle que l'on peut parler de stress aigu dans les semaines suivant le décès. La seule étude utilisant la version améliorée de l'IES, c'est-à-dire l'IES-R, arrive à un taux significativement plus bas, soit 12 % des professionnels en santé mentale qui ressentent un stress aigu (Heeb et al., 2011).

Quelques recherches ont mesuré l'intensité des réactions en se référant au concept plus général de détresse éprouvée par les intervenants. Pour certains professionnels en santé mentale, l'intensité des réactions atteint un niveau de détresse élevée à la suite du décès par suicide d'un client (Wurst et al., 2011). Dans une recherche utilisant un devis de recherche qualitatif, Hendin, Haas, Maltsberger, Szanto et Rabinowicz (2004) ont recruté 34 intervenants ayant vécu le décès par suicide d'un client, dont 28 psychiatres, cinq psychologues et un travailleur social. Dans un questionnaire semi-structuré, les



intervenants ont été amenés à décrire le degré de détresse qu'ils ont expérimenté ainsi que les facteurs responsables de cette détresse. Selon leurs résultats, les auteurs soulignent que 38,2 % des intervenants éprouvent une détresse sévère suivant le décès. Cette détresse est caractérisée par un niveau de réaction émotive intense, notamment par des sentiments élevés d'inadéquation, de culpabilité, d'anxiété, de deuil et de dépression. À titre d'exemple, même deux ans après le décès par suicide, un intervenant éprouve encore une anxiété importante lorsque le téléphone sonne la nuit. Un autre intervenant se dit consumé par une colère importante à la fois à l'égard du client décédé par suicide (pour l'avoir placé dans cette position) et à l'égard d'un proche du suicidé ayant intenté une poursuite contre lui. Dans son étude, Henry (2006) souligne qu'une détresse élevée se manifeste également chez certains intervenants par la présence d'idées suicidaires à leur propre égard (10 %), de comportements autodestructeurs (2 %), deux réactions qui apparaissent au cours de l'année suivant le décès. Henry (2006) précise toutefois que bien que certains intervenants peuvent vivre une crise à la suite du décès, il est possible que ces comportements suicidaires et autodestructeurs ne soient pas reliés au suicide de leur client, mais que les intervenants vivaient une période de vulnérabilité personnelle au même moment.

### **Facteur influençant l'intensité des réactions**

Plusieurs facteurs influencent la façon dont les professionnels vont réagir au décès par suicide (Chemtob et al., 1989), l'intensité des réactions pouvant être influencée par des caractéristiques personnelles de certains intervenants ou par des caractéristiques de

leurs clients décédés par suicide. Sur le plan des caractéristiques des intervenants, l'âge et le nombre d'années d'expérience des intervenants sont associés négativement à l'intensité de leurs réactions (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, & Torigoe, 1988b), plus les intervenants sont âgés et expérimentés, moins leurs réactions sont intenses. De ce fait, les effets des comportements suicidaires semblent avoir un plus grand impact sur les internes que sur les professionnels expérimentés (Goodman, 1995; Kleespies et al., 1993), les internes étant plus vulnérables au stress de la perte d'un client par suicide. Dans une étude quantitative effectuée auprès de 323 intervenants, Goodman (1995) note que les internes ayant vécu le décès par suicide d'un client mentionnent une plus grande magnitude de réactions que les professionnels expérimentés sur le plan des émotions (p. ex., choc, anxiété, colère, sentiment d'incompétence, etc.) et dans les sphères professionnelles spécifiques (p. ex., l'anxiété lors du traitement et de l'évaluation des clients suicidaires, la diminution de l'impression que la thérapie est efficace, etc.). Parmi les autres facteurs reliés aux intervenants, Henry (2006) précise que l'expérience clinique auprès des personnes suicidaires contribue à la réduction de l'intensité des réactions des professionnels en santé mentale; les intervenants ayant le plus d'expérience auprès des suicidaires seraient mieux préparés à vivre la perte d'un client par suicide en étant, entre autres, en mesure d'anticiper l'éventualité du suicide. Quelques études indiquent que les intervenants réagissent différemment au décès par suicide de leur client selon leur sexe; les femmes ayant tendance à réagir de façon plus intense que les hommes (Grad & Michel, 2005; Hendin et al., 2004; Henry, Séguin, & Drouin, 2008). Dans leur étude, Hendin et al. (2004) expliquent que les femmes sont

près de deux fois plus à risque de faire l'expérience de détresse sévère à la suite du suicide de leur client que leurs confrères masculins.

Parmi les études qui se sont attardées aux facteurs qui expliquent la présence d'une intensité élevée de détresse chez les intervenants à la suite du décès, celle d'Hendin et al. (2004) décrit quatre facteurs qui sont responsables de leur niveau de détresse élevée : l'échec des tentatives d'hospitalisation du client décédé par suicide, une décision de traitement remise en question, la réaction de l'établissement où travaillent les intervenants et la peur de poursuites judiciaires. À titre d'exemple, pour 4 des 13 intervenants ayant éprouvé une détresse sévère, les clients ont clairement manifesté leur intention de se suicider lors de leur dernière session et bien que les intervenants aient reconnu la situation de crise, ils ont tous été incapables de prendre les actions nécessaires ou d'insister pour que le client soit hospitalisé. Aussi, pour les quatre intervenants qui expriment être habités par une peur importante d'être poursuivis par les membres de la famille du défunt, les membres de la famille ont exprimé clairement leur mécontentement à l'égard du travail de l'intervenant. À cet effet, un intervenant se dit affecté par une lettre du conjoint de sa cliente décédée dans laquelle celui-ci l'accuse d'être responsable de son décès et menace de le poursuivre en justice.

### **Impacts sur la vie personnelle**

Les impacts sur la vie personnelle surviennent lorsque le décès par suicide d'un client a un effet sur le quotidien en dehors du travail, cela inclut les sphères personnelles,

sociales, familiales et physiques de l'intervenant. Plusieurs études citent que le décès d'un client par suicide provoque des impacts significatifs dans ces sphères. Dans une étude descriptive, Alexander, Klein, Gray, Dewar et Eagles (2000) ont recruté 247 psychiatres afin qu'ils remplissent un questionnaire autoadministré visant à définir notamment les impacts personnels du décès par suicide d'un client qu'ils considèrent comme le plus stressant dans leur carrière. Les résultats de l'étude indiquent que 33 % des psychiatres qui ont vécu un décès par suicide d'un client notent des impacts sur leur vie personnelle. Les effets les plus importants sont une irritabilité à la maison, une plus faible capacité à s'adapter aux problèmes de la vie quotidienne, des troubles du sommeil, une humeur dépressive, des préoccupations à propos du suicide et une diminution de la confiance en soi. Dans une autre recherche corrélationnelle, cette fois auprès de 376 conseillers en orientation, McAdams et Foster (2000) notent également des impacts sur la vie personnelle chez plusieurs intervenants qui se manifestent par la présence de pensées intrusives, de rêves intenses, d'une perte d'estime personnelle et de sentiments de colère et de culpabilité.

Dans une étude utilisant un devis de recherche qualitatif, pour leur part, Sander et al. (2005) ont invité 145 travailleurs sociaux ayant vécu le décès par suicide d'un client à compléter un questionnaire autoadministré comprenant des questions ouvertes portant sur leur expérience en lien avec l'évènement. Cette étude démontre que des intervenants éprouvent des reviviscences dans les jours suivant l'évènement telles que des souvenirs de l'évènement, l'impression d'entendre le client décédé leur parler ou des images du

suicidé. Des travailleurs sociaux mentionnent qu'il leur arrive de revivre l'évènement occasionnellement.

Pour des intervenants, le décès a des impacts sur leur relation avec leur proche. Dans une recherche utilisant un devis qualitatif auprès de 25 travailleurs sociaux qui ont vécu le décès d'un client par suicide, Ting et al. (2006) ont interrogé les intervenants lors d'entrevues téléphoniques sur l'expérience qu'ils ont vécue à la suite du décès. Les travailleurs sociaux de cette étude soulignent que le fait de travailler avec des clients suicidaires a eu des effets négatifs sur leur vie privée et a bouleversé leur relation avec leur proche et leur famille. Ces intervenants mentionnent avoir de la difficulté à séparer leur vie personnelle et professionnelle et que leur santé mentale est affectée. À ce sujet, un intervenant précise qu'il avait de la difficulté à arrêter de penser à un client qui s'était enlevé la vie. Aussi, des intervenants se disent constamment préoccupés à propos de la personne décédée par suicide, à propos des proches de la personne décédée ou encore à propos de certains de leurs autres clients.

Le décès par suicide d'un client peut également avoir des impacts sur la nature des humeurs éprouvées par les intervenants dans leur vie quotidienne. Ces impacts sont ici considérés comme faisant partie des impacts sur la vie personnelle et complètent les informations présentées dans la section portant sur les réactions des intervenants. À cet effet, une gamme étendue de réponses émotives est rapportée dans les écrits telle que la colère, l'irritabilité, la tristesse, la culpabilité, etc. Certains intervenants de l'étude de

Ting et al. (2006) manifestent des sentiments de colère à la fois à l'égard du client décédé, de leur établissement, de la famille du suicidé ou encore à leur propre égard. À titre d'exemple, un intervenant mentionne considérer le client suicidé égoïste et se dit en colère de devoir gérer seul les conséquences du suicide sur les proches du suicidaire. D'autres intervenants sont habités par des sentiments de tristesse et de dépression. Pour certains intervenants, ces sentiments de tristesse sont reliés à la mort du client ou encore à l'incapacité du client à s'accrocher à une raison de vivre, alors que pour d'autres, ils s'expliquent par la perte d'une innocence à l'égard du monde et par la prise de conscience que les efforts de l'intervenant ne peuvent malheureusement pas toujours donner les résultats escomptés (Ting et al., 2006).

### **Impacts sur la vie professionnelle**

Henry (2006) explique que 99 % des professionnels en santé mentale ont vécu des impacts sur leur pratique professionnelle dans le mois suivant le décès par suicide de leur client. Les effets les plus fréquemment rapportés sont une sensibilité accrue aux indices du risque suicidaire, des inquiétudes accrues quant à leurs compétences à évaluer ou à traiter des clients suicidaires, une anxiété accrue lors de l'évaluation ou du traitement de tel patient, des pensées récurrentes quant au décès de leur patient, un sentiment de culpabilité et de responsabilité par rapport au suicide, une diminution de la perception de l'efficacité de la thérapie et des pratiques de dossier plus conservatrices.

Aux yeux des intervenants, le décès par suicide d'un client représente un indicateur de l'échec de la thérapie, en ce sens, certains intervenants sont habités par un sentiment d'incompétence (Hendin et al., 2000; Ting et al., 2006; Darden & Rutter, 2011). Dans une recherche qualitative, Hendin et al. (2000) ont questionné 25 intervenants quant à leur réaction après le décès par suicide de leur client. Parmi les intervenants, 42 % d'entre eux décrivent être habités par des doutes personnels et 25 % admettent avoir le sentiment d'avoir été inadéquats. Les chercheurs ont questionné les intervenants à l'aide d'un questionnaire semi-structuré pour savoir s'ils considèrent qu'une intervention différente de leur part aurait pu prévenir le suicide. À cet effet, 80 % d'entre eux ont identifié au minimum un changement majeur qu'ils auraient pu faire dans le traitement de la personne décédée, les plus fréquents étant un changement relié à la médication, l'hospitalisation du client et la consultation d'un collègue ayant déjà rencontré le client. Utilisant un devis de recherche qualitative, pour leur part Darden et Ruttter (2011) ont interrogé six intervenants à l'aide d'entrevues individuelles sur l'expérience vécue à la suite du décès par suicide de leur client. Deux intervenants de leur étude expliquent avoir révisé les interventions avec le client décédé par suicide en étant à la recherche d'erreurs commises.

Pour plusieurs, les sentiments de blâme et d'incompétence sont accentués par des pensées à propos des détails spécifiques de l'acte suicidaire (Sanders et al., 2005). Dans une revue des écrits scientifiques sur le décès par suicide d'un client, Valente (1994) souligne que peu importe les circonstances et l'étendue des révélations du client de ses

plans suicidaires en thérapie avant son décès, les intervenants accordent souvent beaucoup d'importance sur les détails du suicide, se remémorant leur faute de ne pas avoir évité le suicide. La culpabilité éprouvée par les intervenants peut les amener à faire de fausses confessions relativement à des erreurs commises. Dans une étude de cas, Giltin (1999) décrit l'expérience d'un intervenant qui admet avoir commis une faute en prescrivant une dose trop faible d'un médicament à son client décédé, alors qu'en réalité, la dose ayant été prescrite par ce psychiatre était ajustée adéquatement. En réponse à sa culpabilité, ce psychiatre s'est rappelé de manière erronée ses interventions en les considérant plus inadéquates qu'elles ne l'étaient en réalité.

Comme le souligne Gitlin (1999), l'une des préoccupations majeures des intervenants à la suite du décès par suicide d'un client est reliée à la réaction de leurs collègues. Décrivant l'expérience d'un psychiatre en début de carrière ayant vécu le décès d'un client, le chercheur rapporte que ce psychiatre était envahi par un sentiment important d'embarras et de honte et qu'il appréhendait des conséquences importantes sur sa carrière si d'autres psychiatres apprenaient la nouvelle du suicide. Il craignait que ses collègues cessent de lui référer des clients ayant des troubles de l'humeur, que cela fasse obstacle à son début de carrière ou encore qu'il devienne la risée de sa communauté professionnelle. Ce psychiatre reconnut que, s'il vivait à nouveau le décès d'un client par suicide, il quitterait son emploi et déménagerait dans une autre ville, car selon lui, son milieu ne le reconnaîtrait jamais comme un professionnel compétent s'il était perçu comme responsable de deux suicides en si peu de temps de temps (Gitlin, 1999).



Dans les faits, certains intervenants ressentent effectivement une réaction négative de leurs collègues ou de leur institution. Sanders et al. (2005) soulignent que, pour plusieurs d'entre eux, leur degré de stress est intensifié par les commentaires de leurs collègues. Un intervenant de l'étude de Darden et Rutter (2011) exprime avoir senti de la frustration et de la colère à l'intérieur de son équipe de travail, ce qui l'amena à ne pas parler de ce qu'il a vécu en lien avec le suicide de son client.

La peur du jugement ne concerne pas seulement les collègues de travail, mais également les proches du suicidé. Thomyangkoon et Leenaards (2008) rapportent que 47 (28 %) des 167 psychiatres qui ont participé à leur étude descriptive décrivent être habités par une peur d'être blâmés par la famille du défunt. Cette peur est d'une intensité de moyenne à modérée. Pour sa part, Hendin et al. (2000) notent que 38 % des intervenants interrogés ressentent une peur importante d'être poursuivis par des proches du client décédé. Un intervenant mentionne même faire des cauchemars sur ce sujet. Par ailleurs, parmi les 229 intervenants de son étude, Goodman (1995) souligne que, seulement dans 1,3 % des cas, une poursuite a été entamée par la famille du suicidaire à la suite du comportement suicidaire (p. ex., incluant suicide, tentative de suicide, geste d'automutilation).

Plusieurs intervenants ressentent un sentiment d'isolement et un sentiment d'être mis à l'écart à la suite du décès (Ting et al, 2006). Dans une étude corrélationnelle effectuée auprès de 239 psychiatres et internes en psychiatrie, Ruskin et al. (2004) indiquent que

27 % des intervenants ayant vécu le décès d'un client par suicide se sentent incapables de demander de l'aide bien qu'ils reconnaissent vivre une certaine détresse. Évitant les contacts avec leurs pairs à la suite du suicide, 70 % des intervenants admettent ne pas partager cette expérience avec les autres et 13 % d'entre eux éprouvent le sentiment d'être abandonnés par leurs collègues. Ruskin et al. (2004) rapportent que peu importe l'expérience des intervenants, l'impact de l'évènement est corrélé inversement avec la perception des intervenants de leur intégration dans leur groupe de référence; c'est-à-dire que les intervenants qui se sentent isolés de leurs collègues expérimentent une plus grande détresse en général. Quant à eux, Ting et al. (2006) soulignent que le sentiment d'isolement n'est pas unique aux intervenants qui travaillent en pratique privée, mais se retrouve également chez ceux qui travaillent en institution. Ces auteurs abordent certains facteurs pouvant expliquer l'isolement vécu par les intervenants à la suite du suicide. Dans certains cas, le sentiment d'isolement est causé par la peur d'être blâmé par les collègues qui amènent les intervenants à éviter de parler de l'évènement. À cet effet, un intervenant de l'étude de Ting et al. (2006) explique que de parler de l'évènement aurait été d'admettre ses faiblesses. Pour d'autres intervenants de l'étude, l'isolement est relié à des choix personnels, ces derniers mentionnent le besoin de s'isoler et de s'imposer une période où ils sont seuls, à la suite du décès.

### **Durée des impacts personnels et professionnels**

Ces impacts durent-ils quelques semaines, quelques mois ou années? Parmi les psychiatres de l'étude d'Alexander et al. (2000) ayant répondu à une échelle temporelle,

8 % mentionnent avoir ressenti des impacts sur leur vie personnelle jusqu'à une semaine après l'évènement, 31 % jusqu'à un mois, 31 % jusqu'à 3 mois et 30 % plus de 3 mois.

Sur le plan professionnel, les impacts associés au décès diminueront en fréquence et en intensité pour la plupart des intervenants (Wurst et al., 2011). Il semble toutefois que certains intervenants éprouveront des impacts négatifs à long terme. À ce sujet, dans une étude effectuée auprès d'une équipe multidisciplinaire comprenant des infirmières, des psychiatres et des psychologues, 45 % des intervenants mentionnent des effets négatifs sur la vie professionnelle qui ont persisté plus d'un mois (Linke et al., 2002). Comme le soulignent Dewar, Eagles, Klein, Gray et Alexander (2000), certains intervenants ont pensé prendre une retraite de façon anticipée en réaction au décès par suicide de leur client et quelques-uns ont même définitivement abandonné leur carrière (Tanney, 1995). Bien que ce soit une minorité, certains intervenants de l'étude de Gulfi, Castelli, Dransart, Heeb et Gutjahr (2010) mentionnent refuser de travailler avec des clients suicidaires depuis le suicide d'un de leurs clients.

### **Utilisation constructive de l'expérience du suicide d'un client**

Bien que les répercussions négatives sur la pratique soient les plus documentées, plusieurs professionnels sont en mesure d'utiliser l'expérience du décès par suicide d'un client de façon constructive et notent que celui-ci a contribué à leur développement personnel et professionnel. Ruskin et al. (2004) mentionnent que, malgré le fait qu'une minorité d'intervenants vont vivre des impacts émotionnels atteignant un niveau

morbide, la majorité des intervenants sont en mesure de s'adapter normalement à l'évènement. Ainsi, dans l'étude de Thomyangkoon et Leenaards (2008), 91,1 % des psychiatres rapportent avoir évolué ou appris de cette expérience.

D'autres répercussions positives sont observées par Linke et al. (2002), soit la prise de note plus consciencieuse et une tendance accrue à aller chercher du soutien auprès de collègues. Certains intervenants de l'étude de Sander et al. (2005) mentionnent que le décès par suicide de leur client fut une excellente source d'apprentissage pour eux. Des intervenants expliquent que cela les a obligés à prendre un recul sur leur pratique et à se questionner sur leur carrière, leurs valeurs, leurs standards. À titre d'exemple, un intervenant souligne que l'expérience lui a permis de prendre conscience qu'il est impossible pour lui de sauver tous ses clients.

Plusieurs intervenants mentionnent des impacts positifs à la suite du décès par suicide d'un client qui touchent leur relation avec leurs collègues de travail. Certains des intervenants de l'étude de Ting (2006) mentionnent s'être rapprochés de leurs collègues de travail depuis l'évènement du décès. D'autres consultent davantage leurs collègues pour les dossiers plus complexes depuis le décès (Chemtob et al., 1988a; McAdam & Foster, 2000; Gulfi et al., 2010).

Dans une étude effectuée en Suisse auprès de 275 professionnels en santé mentale comprenant des infirmiers, des psychiatres, des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés et des psychologues qui travaillent avec des clients à risque suicidaire, Gulfi

et al. (2010) ont investigué les impacts professionnels du décès d'un client par suicide sur ces professionnels, ainsi que les stratégies et ressources utilisées à la fois par les intervenants et leur organisation afin de composer avec l'évènement. Les résultats indiquent que 57,5 % des intervenants sont plus enclins à consulter leurs collègues et que 65,1 % des répondants accordent une plus grande importance au phénomène du suicide après le décès par suicide.

### **La croissance post-traumatique et le suicide**

Dans une étude utilisant un devis corrélationnel effectué auprès de 117 intervenants provenant de diverses professions, Munson (2009) s'est intéressé aux facteurs pouvant favoriser la croissance post-traumatique des intervenants à la suite du décès par suicide d'un client. La croissance post-traumatique est définie comme un changement positif quant à la perception de soi, aux relations interpersonnelles et à la philosophie de vie qui survient à la suite d'un évènement stressant ou d'une expérience traumatique (Tedeschi & Calhoun, 1995). Pour les besoins de son étude, l'auteur utilise l'analyse corrélationnelle afin de mesurer l'association entre les scores des variables mesurées à l'aide des tests psychométriques suivants : le *Professional Quality of Life Scale*, le *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI) et un questionnaire autorapporté mesurant des données démographiques. Ainsi, le chercheur montre que la fatigue de compassion et le nombre d'heures travaillées auprès des suicidaires au moment du dernier suicide d'un client sont associés positivement à la croissance post-traumatique des intervenants. En d'autres termes, les intervenants ayant travaillé un nombre élevé d'heures auprès de

clients suicidaires au moment du dernier suicide et qui présentent un niveau élevé de fatigue de compassion vivent souvent une plus grande croissance post-traumatique. Comment expliquer ce résultat pour le moins surprenant? Munson (2009) souligne que les intervenants qui vivent de la détresse à la suite à un événement traumatisant sont en mesure de cheminer professionnellement. D'autre part, pour Calhoun et Tedeschi (1999), la présence d'une certaine intensité de détresse à la suite d'un événement traumatique serait même nécessaire afin de produire des changements positifs.

Selon Munson (2009), des intervenants peuvent donc dépasser la perte de leur client par suicide et faire preuve de résilience, ainsi ils sont en mesure d'apprécier davantage leur vie, de développer des amitiés plus profondes et de devenir plus ouverts aux nouvelles opportunités. Pour des intervenants, et particulièrement pour ceux en formation, une résolution positive ou négative au décès par suicide de leur client déterminera s'il y aura croissance ou une stagnation de leur développement professionnel (Kleespies et al., 1993).

### **Mise en contexte de la pertinence de l'étude**

Les études sur le thème de la perte d'un client par suicide ont des limites méthodologiques, trois de ces limites nous ont principalement intéressées. D'une part, les impacts positifs du décès par suicide d'un client sont peu abordés, car ces études utilisent souvent des énoncés ayant une connotation négative qui peuvent influencer les réponses des participants. D'autre part, certains aspects de la vie personnelle et

professionnelle ne sont pas abordés. Enfin, une seule étude a été réalisée au Québec et aucune ne s'est penchée sur les intervenants spécialisés en intervention suicidaire qui sont, avouons-le, très touchés par la problématique.

Si plusieurs articles sur les impacts du décès d'un client par suicide se limitent à présenter des recensions d'écrits (Gill, 2012; Ellis & Patel, 2012; Valente, 1994) et des études de cas (Gitlin, 1999; Lafayette & Stern, 2004), la majorité sont tout de même des recherches corrélationnelles (Alexander et al., 2000; Chemtob et al., 1989; Goodman, 1995; Heeb et al., 2011; Kleespies, Becker, & Smith, 1990; Linke et al., 2002; McAdams & Foster, 2000; Munson, 2009; Pieter et al., 2003; Ruskin et al., 2004) ou encore qualitatives (Darden & Rutter, 2011; Sanders et al., 2005; Ting et al., 2006). Ces études qui ont quantifié l'intensité des impacts du décès par suicide d'un client utilisent des échelles de Likert entre 4 à 7 points avec des valeurs qui varient habituellement entre aucun impact à impact extrêmement important. Les énoncés qui sont inclus dans ces études réfèrent pour la majorité à des conséquences négatives (p. ex., impression que la thérapie n'est pas efficace, augmentation de l'anxiété et du sentiment d'impuissance lors de l'évaluation des clients suicidaires, diminution du sentiment d'efficacité personnelle) du décès par suicide d'un client et réfèrent peu à une utilisation constructive de l'expérience du décès. Cette structure du questionnaire peut biaiser les réponses des participants et amener ceux-ci à surestimer les impacts négatifs du décès tout en ne permettant pas de mesurer convenablement la présence de retombées positives à la suite de l'événement. L'utilisation d'échelles de mesure incluant des

valeurs allant des impacts négatifs à des impacts positifs permettrait de contrer cette limite.

Une deuxième limite concerne les aspects rattachés aux impacts personnels et professionnels qui sont peu abordés dans les études, tels que les impacts sur l'habileté des intervenants d'être à l'écoute, disponible et attentif à leurs clients suicidaires, le degré d'investissement émotionnel avec ces mêmes clients, la connaissance de leurs limites personnelles, ainsi que leur consommation d'alcool et/ou de drogues. Ces aspects ont été inclus dans la présente étude.

Finalement, au Québec, seulement une étude empirique a été réalisée sur les impacts du décès par suicide d'un client chez les intervenants, soit celle de Henry (2006) dont il est mention dans le présent projet de recherche. La plupart des études ont été réalisées aux États-Unis ou en Europe. À notre connaissance, la majorité des études ont été menées auprès de professionnels œuvrant dans des milieux de soins non spécialisés sur le plan du suicide, c'est-à-dire dans les hôpitaux ou les bureaux privés. Aucune étude n'a été effectuée auprès des intervenants travaillant dans des milieux spécialisés en intervention suicidaire tels que les Centres de prévention du suicide, l'Accalmie, le Centre CASA et l'Institut Victoria. Pourtant, ceux-ci jouent un rôle essentiel dans la communauté et sont souvent les premières ressources vers lesquelles les personnes suicidaires sont orientées (Qin, Madsen, & Mortensen, 2009). Les intervenants de ces milieux risquent de vivre le décès par suicide d'un client plus que partout ailleurs. Notre



recherche étudiera les impacts personnels et professionnels chez ces intervenants qui possèdent une expérience auprès des personnes suicidaires et une expertise sur la problématique du suicide.

D'un point de vue général, le pourcentage élevé de risque d'être confronté au décès par suicide d'un client, le fait que les intervenants ne semblent pas suffisamment préparés à faire face à cette réalité et le nombre élevé d'impacts personnels et professionnels sont autant de raisons qui justifient l'intérêt de s'attarder à ce sujet. Une meilleure compréhension de ces impacts pourra contribuer à l'élaboration de formations plus adaptées ainsi qu'à une meilleure préparation des intervenants.

### **Objectifs de la recherche**

Cette étude a pour objectif de mieux comprendre la nature et l'intensité des impacts personnels et professionnels du décès par suicide d'un client chez des intervenants spécialisés auprès d'une clientèle suicidaire.

Ainsi, notre premier objectif spécifique sera de décrire la nature et l'intensité des impacts sur les aspects personnels de la vie des intervenants (santé physique, qualité de vie, gestion des problèmes de la vie quotidienne, relations interpersonnelles, etc.) et le second traitera des impacts sur des aspects de la vie professionnelle des intervenants (jugement professionnel, connaissance des limites personnelles, croissance professionnelle, relations avec les collègues, etc.). Notre recherche s'intéresse aux

impacts négatifs et positifs de l'expérience des intervenants ayant vécu un décès par suicide d'un client.

## **Méthode**

Cette section présente notre méthode de recherche : le type de recherche, les participants, les instruments de mesure et le déroulement de l'étude.

### **Type de recherche**

Cette étude utilise une méthode mixte (qualitative et quantitative). Des données quantitatives à partir d'échelles de Likert permettront de mesurer le phénomène à l'étude, notamment d'avoir une mesure concrète de l'intensité des impacts rapportés par les intervenants. L'utilisation d'un devis de recherche qualitatif complète les données quantitatives et permet de décrire l'expérience telle qu'elle est vécue et rapportée par les intervenants. Ce devis est utilisé afin d'obtenir une meilleure compréhension de la nature des impacts vécus par les intervenants à la suite de la perte de leur client par suicide.

Cette recherche est de nature exploratoire puisqu'elle s'inscrit dans une logique de découverte plutôt que de vérification d'hypothèses de recherche puisque peu de recherches se sont intéressées aux impacts personnels et professionnels du décès d'un client par suicide et aucune ne s'est penchée particulièrement sur cette réalité chez les intervenants spécialisés auprès d'une clientèle suicidaire au Québec.

### **Participants**

Cette recherche s'effectue auprès des intervenants qui œuvrent au sein des milieux spécialisés auprès d'une clientèle suicidaire. Plus précisément, ces milieux sont deux ressources communautaires qui se spécialisent auprès d'une clientèle suicidaire soit: 17 Centres de prévention du suicide de la région de Québec (CPSQ) et l'Accalmie et deux milieux privés ou communautaires qui travaillent auprès d'une clientèle à haut risque suicidaire (soit l'Institut Victoria et le Centre CASA).

Les CPSQ sont des organismes communautaires à but non lucratif situés dans la région de Québec qui offrent des services professionnels et spécialisés afin de promouvoir la prévention et l'intervention auprès des personnes suicidaires, de leurs proches et des personnes endeuillées par suicide. Ils sont composés d'intervenants qualifiés qui effectuent de l'intervention de crises et des suivis à court terme auprès d'une clientèle suicidaire et endeuillée par suicide. Les CPSQ qui furent sollicités dans cette étude sont seulement ceux qui offrent des services de suivi à court terme, soit plus précisément 17 CSPQ.

L'Accalmie est une ressource communautaire située à Trois-Rivières dont la mission est d'offrir des services d'hébergement, d'aide pour la gestion de crise, de suivi thérapeutique ou de transition aux personnes suicidaires.

Le Centre CASA est un organisme communautaire qui offre des services thérapeutiques (dont des suivis individuels à court/moyen terme) aux femmes et aux hommes aux prises avec une dépendance à l'alcool, aux drogues, aux médicaments, au jeu excessif ou à tout autre type de dépendances.

L'institut Victoria est un établissement privé, situé à Montréal, spécialisé dans le traitement des troubles de la personnalité par la psychothérapie. L'Institut Victoria regroupe des professionnels qui sont spécialement formés pour le traitement des troubles de la personnalité et qui effectuent des suivis thérapeutiques auprès de cette clientèle.

Il s'agit d'un échantillonnage de critères, c'est-à-dire que tous les participants sont sélectionnés en fonction du respect de critères spécifiques. Dans la présente recherche, tous les intervenants travaillant dans les milieux mentionnés plus haut qui ont vécu le décès par suicide d'un client ont été invités à participer à notre étude. Plus précisément, les participants qui ont été sollicités sont les intervenants qui effectuent ou qui ont effectué des suivis psychologiques auprès de clients suicidaires et qui ont vécu au moins un décès d'un client par suicide. Ce décès peut être survenu au cours du suivi thérapeutique ou après sa terminaison. Les intervenants qui effectuent seulement des interventions de crise ponctuelle sont exclus de l'étude. Un délai minimal d'un mois devait s'être écoulé depuis le décès du client pour répondre à tous les questionnaires. Aucune limite n'a été fixée quant à la période entre le décès et la participation à l'étude.

(afin d'assurer un taux de participation adéquat), toutefois le critère privilégié a été que les intervenants se souviennent des émotions vécues lors de l'évènement.

### **Description des participants**

L'échantillon se compose de 12 intervenantes de sexe féminin<sup>1</sup> qui effectuent des suivis avec une clientèle suicidaire ou à haut risque suicidaire. Étant donné la nature mixte de la méthode (notamment les données qualitatives en grande quantité), nous avons estimé qu'une taille d'échantillon de dix participants nous permettrait d'atteindre l'objectif de l'étude et de respecter les limites liées à une thèse dans le cadre d'un programme D. Ps. (ce qui avait été accepté par les évaluateurs du projet de thèse et le comité d'éthique de la Faculté des lettres et sciences humaines). Néanmoins, il était impossible de prédire que les premiers participants à remplir le questionnaire allaient être des femmes. Nous avons donc considéré les douze participants à avoir répondu au questionnaire, mais nous jugeons que cela constitue une limite de notre recherche.

L'âge des 12 intervenantes de l'échantillon varie entre 28 à 52 ans, avec un âge moyen de 34 ans. Sur le plan de la scolarité, 8 des 12 intervenantes (66,66 %) ont un diplôme d'études universitaire, alors que 4 (33,34 %) ont un diplôme d'études collégiales. Les participants sont quatre éducatrices spécialisées, deux psychologues, deux psychothérapeutes, deux travailleuses sociales, une psychiatre et une ergothérapeute.

---

<sup>1</sup> Comme tous les intervenants sont des femmes, les pronoms utilisés seront généralement de genre féminin.

Les intervenantes ont en moyenne 6,6 années d'expérience auprès d'une clientèle suicidaire. Chaque intervenante a perdu au moins un client par suicide et le dernier de ces événements est survenu en moyenne il y a 3,7 ans. Sept des 12 intervenantes (58,33 %) ont connu un seul suicide, 4 des 12 intervenantes (33,33 %) en ont connu deux et une seule intervenante (0,09 %) a connu huit suicides.

### **Instrument de mesure**

Le type d'instrument de mesure qui est privilégié dans cette étude est un questionnaire autoadministré disponible sur Internet comprenant des questions de nature qualitative et quantitative. Ce type d'instrument de mesure a été choisi, car il correspond au moyen le plus efficace pour rejoindre l'ensemble des intervenants travaillant sur un vaste territoire de la province de Québec, et ainsi faciliter son accès et maximiser le nombre de participants à l'étude. Le questionnaire fut construit à partir des sections portant sur les impacts personnels et professionnels des questionnaires utilisés dans les études de Horn (1995) et Goodman (1995).

Le questionnaire utilisé dans l'étude de Horn (1995) comporte cinq sections qui abordent les aspects suivants de l'expérience des intervenants à la suite du décès d'un client par suicide : des informations démographiques, la relation entre l'intervenant et le client décédé par suicide, les réactions initiales des intervenants, les impacts émotionnels à long terme et les stratégies d'adaptation et de soutien utilisées à la suite



de l'événement. L'auteur utilise le questionnaire *Impact of Event Scale* (IES) afin de mesurer les réactions initiales dans les deux semaines suivant l'événement. Comme mentionné précédemment, le questionnaire notre étude s'est inspiré de la section portant sur les impacts émotionnels à long terme de l'étude de Horn (1995). Dans cette section, l'auteur questionne les participants sur l'intensité des impacts du suicide de leur client sur dix aspects de leur vie professionnelle à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0, aucun impact à 6, impacts extrêmement importants. Le coefficient de cohérence interne pour cette section du questionnaire est de 0,85. Les dix items présents dans cette section ont été repris dans notre questionnaire, mais ils furent formulés de manière à éviter des connotations négatives ou positives. Aussi, contrairement à Horn (1994), nous utilisons deux échelles mesurant respectivement les impacts positifs et les impacts négatifs

Dans son étude, Goodman (1995) a construit un questionnaire nommé *Therapist Coping Study Questionnaire* (TCSQ) qui contient à la fois du matériel original et des modifications de questionnaires utilisés dans des études antérieures sur le thème de la perte d'un client par suicide. Le *Therapist Coping Study Questionnaire* se divise en trois sections; une première composée du *Suicide client Behavior Questionnaire*, une seconde qui comporte le questionnaire *The Ways of Coping* et une troisième qui contient des questions de nature démographiques. Les éléments de la vie personnelle et professionnelle compris dans la première section du questionnaire ont été repris dans le questionnaire de notre étude, encore une fois en s'assurant d'éviter une connotation positive ou négative dans l'énoncé de l'item.

Le questionnaire (voir appendice A) se divise en quatre sections. Dans ces sections, les participants qui ont vécu plusieurs décès par suicide de clients sont invités à répondre aux questions en se reportant au décès le plus récent. Tout comme dans l'étude de Horn (1995), la nôtre se réfère au décès du client le plus récent plutôt qu'au plus significatif afin de minimiser les biais de rappel reliés à la maturation et à l'histoire des participants. De plus, en se référant au suicide le plus significatif, les intervenants risquent de choisir celui ayant amené une plus grande intensité d'impacts pour eux, ce qui peut contribuer à amener un biais dans les résultats et en diminuer leur représentabilité.

La première section du questionnaire comporte des questions sociodémographiques et professionnelles qui visent à s'assurer que les participants respectent les critères d'admissibilité de l'étude. Une personne ne respectant pas ces critères est dirigée vers une page de remerciement pour l'intérêt porté à l'étude sans devoir remplir le questionnaire.

La seconde section (Appendice A) porte sur l'intensité des impacts personnels vécus dans la semaine suivant l'incident et elle est constituée de la version française de l'échelle de l'effet des événements révisée (IES-R) (Brunet et al., 2003). Étant donné que les intervenants réagissent davantage au décès par suicide d'un client par des réactions de stress que par des réactions de deuil (Henry, 2006), le IES-R, qui se réfère au construit de stress post-traumatique, est privilégié dans cette étude.

Ce questionnaire autoadministré comprend 22 items et vise à mesurer le niveau de détresse subjective à la suite d'un évènement stressant en fonction de trois sous-échelles, soit l'intrusion, l'évitement et l'hyperactivation. La sous-échelle de l'intrusion comprend huit éléments qui sont reliés principalement aux pensées et aux sentiments intrusifs, ainsi qu'aux cauchemars. Celle de l'évitement inclut huit éléments qui sont reliés à l'évitement de sentiments, de situations ou d'idées qui sont en lien avec l'évènement. Enfin, la sous-échelle d'hyperactivation comprend six éléments qui sont reliés entre autres à l'irritabilité, aux difficultés de concentration et à l'hypervigilance. Les participants sont invités à indiquer leur degré de détresse subjective pour chacun des 22 items dans les sept jours suivant le décès par suicide du client en utilisant l'échelle de Likert de cinq points. Les cinq points de cette échelle sont : 0 (pas du tout), 1 (un peu), 2 (moyennement), 3 (passablement), 4 (extrêmement). Le résultat total du questionnaire varie entre 0 et 88 (Brunet et al., 2003) et il est recommandé de calculer le total de chacune des sous-échelles. La somme des scores pour les sous-échelles d'intrusion et d'évitement (huit éléments chacun) varie entre 0 et 32 tandis que celle pour la sous-échelle hyperactivation (six éléments) varie entre 0 et 24.

Le coefficient de cohérence interne de l'IES-R est de 0,92. Les coefficients pour les sous-échelles sont de 0,85 (intrusion), 0,85 (évitement) et 0,81 (hyperactivation). Dans une étude effectuée auprès de 297 travailleurs sociaux de la Suisse qui ont expérimenté le décès par suicide d'un client, Heeb et al. (2011) ont investigué les propriétés psychométriques de la version française du IER-S proposée par Brunet et al. (2003). Les

auteurs concluent que ce test est un instrument adéquat qui possède une bonne cohérence interne afin d'adresser les impacts du décès d'un client par suicide sur les professionnels en santé mentale. En se basant sur quelques études utilisant le IES-R, un score total au-delà de 25 est considéré comme cliniquement significatif par ces auteurs et suggère la présence d'un état de stress aigu (Asukai et al., 2002, Heeb et al., 2011).

La troisième section du questionnaire (Appendice A) porte sur la nature et l'intensité des impacts personnels. Pour cette section, les participants répondent également en fonction du décès de leur client par suicide le plus récent. Ils sont d'abord invités à indiquer l'intensité des impacts sur dix aspects de leur vie personnelle (leur qualité de vie, la gestion des problèmes de leur vie quotidienne, leur confiance en soi, l'humeur et les sentiments qu'ils éprouvent dans la vie quotidienne, leur capacité à séparer leur vie professionnelle de leur vie personnelle, leurs relations avec les membres de leur famille et avec les membres de leur réseau social, leur santé physique, leur qualité de sommeil, leur consommation d'alcool et/ou de drogues) à l'aide de deux échelles de Likert de quatre points, allant de 1 (aucun impact) à 4 (impacts importants). Ces deux échelles mesurent respectivement l'intensité des impacts positifs et l'intensité des impacts négatifs pour chacun des éléments. Les moyennes d'intensité sont calculées en attribuant les valeurs suivantes aux réponses des 12 intervenantes aux deux échelles : aucun impact (0), impacts légers (1), impacts modérés (2), impacts importants (3). Ces moyennes d'intensité varient entre 0 à 3. Des impacts d'intensité légère sont considérés lorsque l'intensité moyenne est plus petite que 1, une intensité de légère à modérée est

considérée lorsque l'intensité moyenne des impacts se situe entre 1 et 2, alors qu'une intensité de modérée à importante est considérée lorsque celle-ci se situe entre 2 et 3.

Par la suite, pour chacun des dix aspects de la vie personnelle, à l'aide de questions à court développement, les participants sont invités à justifier et à préciser chacune de leurs réponses en donnant le plus de détails possible sur la nature des impacts observés. À titre d'exemple, un participant pourrait rapporter des impacts négatifs légers ainsi que des impacts positifs légers sur la gestion des problèmes de sa vie quotidienne à la suite du suicide. Puis, lorsqu'invité à préciser ses réponses, il aura écrit le commentaire suivant : « Impacts négatifs légers: étant bouleversée, j'étais un peu moins disponible pour la gestion des autres problèmes de la vie quotidienne comme (...). Impacts positifs légers: la mort de quelqu'un nous fait réfléchir et nous encourage à lâcher prise par rapport aux petits problèmes de la vie quotidienne ».

Les énoncés qui sont inclus dans la présente étude sont formulés de manière à éviter les connotations positives ou négatives. À titre d'exemple, afin de mesurer les impacts positifs ou négatifs sur la croyance des intervenantes en leurs compétences et jugement professionnel, plutôt que de parler des « inquiétudes accrues concernant la compétence d'évaluer / de traiter des patients suicidaires », l'énoncé retenu a été le suivant « votre croyance en vos compétences ou en votre jugement professionnel ».

La quatrième et dernière section du questionnaire (Appendice A) vise à vérifier la nature et l'intensité des impacts professionnels et elle reprend la forme de la troisième section. D'abord, les participants sont invités à indiquer l'intensité des impacts sur chacun des 16 aspects de leur vie professionnelle (leur habileté à exercer leur métier, la croyance en leurs compétences ou en leur jugement professionnel, leur habileté à évaluer la dangerosité suicidaire et homicidaire avec leurs clients, leur vécu émotionnel au travail, leur tendance à avoir recours à l'hospitalisation avec leurs clients suicidaires, l'importance qu'ils accordent à l'éthique ou à l'aspect légal dans leur travail, leurs relations avec leurs collègues de travail, la connaissance de leurs limites personnelles, leur habileté d'être à l'écoute, disponible et attentif à leurs clients suicidaires, leur façon d'intervenir, leur style d'intervention ou leur approche théorique, leur habileté à gérer des situations de crises suicidaires, leur degré d'acceptation de la réalité du décès par suicide d'un client, leur croissance professionnelle, leur degré d'investissement émotionnel avec leurs clients suicidaires, leur croyance en l'efficacité de la thérapie) en utilisant les deux échelles mesurant respectivement les impacts négatifs et les impacts positifs. Par la suite, ils sont invités à préciser chacune de leurs réponses dans des questions à court développement en donnant le plus de détails possible.

Tout comme dans la section sur la vie personnelle, les 16 aspects choisis sont tirés des études de Horn (1995) et Goodman (1995). Trois aspects négligés par ces recherches ont toutefois été ajoutés dans cette quatrième section: l'habileté des intervenants d'être à l'écoute, disponibles et attentifs à leurs clients suicidaires, le degré d'investissement

émotionnel avec leurs clients suicidaires et la connaissance de leurs limites personnelles. Un de ces aspects, soit l'habileté des intervenants d'être à l'écoute, disponibles et attentifs à leurs clients suicidaires, a été ajouté à la suite aux recommandations de Henry (2006).

### **Déroulement de la recherche**

Cette recherche a été approuvée par le comité d'évaluation du département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, puis par le comité de l'éthique et de la recherche de la FLSH.

Un prétest a été effectué auprès de deux intervenants qui ont vécu le décès d'un client par suicide. Les deux intervenants ont d'abord rempli le questionnaire. Ensuite, une entrevue téléphonique a permis de discuter sur la clarté des instructions, la formulation des questions, la facilité d'accès au site Internet, etc. Des changements ont été effectués en tenant compte des commentaires de ces deux intervenants.

Des invitations ont ensuite été envoyées aux 17 Centres de prévention du suicide de la région de Québec (CPS) qui offrent des services de suivi individuel. Ces centres furent rejoints grâce à la collaboration de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), qui encadre le travail effectué par les CPS de la province de Québec. La coordonnatrice des services aux membres des Centres de prévention du suicide de l'AQPS s'est dite intéressée par cette recherche qui est en accord avec la mission de

l'organisme. Cette coordonnatrice a agi comme personne intermédiaire afin de rejoindre les différents intervenants des CPS. Lors d'une des rencontres mensuelles avec les directeurs généraux de chacun des CPS, cette dernière a présenté brièvement le projet de recherche aux directeurs généraux afin de solliciter leur collaboration pour joindre les futurs participants de l'étude. Les directeurs généraux de chacun des CPS ont ensuite transmis par courriel un document décrivant le projet de recherche (voir Appendice B) à chacun des intervenants qui effectuent des suivis thérapeutiques dans leur centre. Le document décrit brièvement le projet de recherche en précisant les critères d'inclusion et en invitant les intervenants intéressés à remplir le formulaire de consentement (Appendice C) et à répondre en ligne au questionnaire. Deux relances ont été effectuées auprès des directeurs généraux de chacun des CPS.

Après un mois, seulement quatre participants avaient répondu au questionnaire. Afin d'augmenter la taille de l'échantillon, les critères d'inclusion ont été assouplis et les intervenants qui œuvrent auprès d'une clientèle à haut risque suicidaire furent également invités à participer à la recherche. En se basant sur les résultats de l'étude de Lesage et al. (1994), les clientèles des milieux qui se spécialisent auprès des gens ayant des troubles de la personnalité, des troubles de la consommation et des troubles de l'humeur sont à haut risque suicidaire. Des démarches ont été entreprises auprès des responsables cliniques de l'Accalmie, du Centre de thérapie la Casa et de l'Institut Victoria. Comme pour les CPS, les responsables de ces organismes ont agi à titre de personnes intermédiaires afin de rejoindre les intervenants. Les responsables des milieux furent



également invités à transmettre le courriel de recrutement aux intervenants qui avaient cessé récemment de travailler auprès d'une clientèle suicidaire ou à haut risque suicidaire. Nous estimons le nombre d'intervenants qui ont été sollicités à approximativement 75. Une relance a également été effectuée auprès de ces milieux. Le recrutement s'est déroulé du 1<sup>er</sup> octobre 2010 au 15 janvier 2011.

## **Analyse et présentation des résultats**

Dans ce chapitre, les procédés pour effectuer l'analyse des données quantitatives et des données qualitatives sont décrits. Ensuite, les résultats de cette analyse sont présentés.

### **Analyse des résultats**

Rappelons que la première partie du questionnaire porte sur des données sociodémographiques. Pour celle-ci, des moyennes et des fréquences ont été produites de manière à obtenir un portrait sociodémographique des participants présenté dans la section sur les participants.

La deuxième partie du questionnaire comporte la version française de l'échelle de l'effet des événements révisée (IES-R). Pour cette partie, le score total au IES-R ainsi que la moyenne et l'écart-type pour chacune des trois sous-échelles (soit la sous-échelle de l'intrusion, de l'évitement et de l'hypervigilance) ont été calculés. En se basant sur quelques études utilisant le IES-R (Asukai et al., 2002, Heeb et al., 2011), un score total au-delà de 25 a été considéré comme cliniquement significatif et comme suggérant la présence d'un état de stress aigu (Asukai et al., 2002, Heeb et al., 2011). La grille de comparaison proposée par Brillon (2010) a également été utilisée afin d'interpréter les résultats au IES-R : un score total entre 0 et 39 correspond à des symptômes légers,

entre 40 et 55 correspond à des symptômes modérés et de 56 et plus correspond à des symptômes sévères de stress post-traumatique. Ces résultats sont présentés au début de la section suivante.

Les troisièmes et les quatrièmes parties du questionnaire concernent les échelles de mesure portant respectivement sur l'intensité des impacts sur la vie personnelle et sur la vie professionnelle. Pour ces parties, des analyses descriptives, comprenant, entre autres, des moyennes et des fréquences, ont été calculées pour chacun des 26 items. Les principaux résultats qui ressortent de ces analyses sont présentés dans la section sur la nature et l'intensité des impacts du suicide sur différents aspects de la vie personnelle et dans la section sur la nature et l'intensité des impacts du suicide sur différents aspects de la vie professionnelle. Des tableaux illustreront les résultats.

Les parties 3 et 4 du questionnaire comprennent également des questions de nature qualitative. Pour ces questions, une analyse thématique a été effectuée selon l'approche de Paillé et Mucchielli (2003). Ce type d'analyse procède systématiquement au repérage, au regroupement et à l'analyse des thèmes abordés dans le corpus (Paillé & Mucchielli, 2003). Pour effectuer cette analyse, une première lecture des réponses a été réalisée afin d'avoir une vision d'ensemble des données. Par la suite, les réponses des participants ont été regroupées pour chacune des questions, puis classées en thèmes. L'analyse a été réalisée en collaboration étroite avec la directrice de thèse Mme Lucie

Mandeville. L'ensemble des thèmes a été soumis à son évaluation et a fait l'objet d'un accord interjuge.

Certains thèmes regroupent des réponses à plusieurs questions qui se recoupent. Cela s'explique par le fait qu'en précisant la nature des impacts sur un aspect de leur vie personnelle ou professionnelle, les intervenantes ont parfois donné des précisions se rapportant à un aspect abordé dans une autre question. Une organisation synthétique et concise des données qualitatives a permis de regrouper des aspects de la vie personnelle et de la vie professionnelle qui comportent des thèmes similaires. Les principaux impacts qui ressortent de cette analyse thématique sont présentés et sont mis en lien avec les résultats des analyses descriptives des échelles quantitatives.

### **Présentation des résultats**

Cette section est divisée en trois parties : une première section porte sur les résultats au test IES-R, une seconde section porte sur la nature et l'intensité des impacts du suicide sur différents aspects de la vie personnelle des intervenantes et une troisième section porte sur la nature et l'intensité des impacts du suicide sur différents aspects de leur vie professionnelle. Pour la seconde et la troisième section, les résultats des analyses quantitatives et qualitatives des parties 3 et 4 du questionnaire sont présentés. Pour ce faire, après la présentation de résultats plus généraux, chacun des aspects de la vie personnelle et de la vie professionnelle est abordé plus spécifiquement.

### Résultats à l'IES-R : la détresse après le suicide

Le test IES-R mesure le degré de détresse éprouvée à la suite d'un événement stressant. Cette section présente l'analyse des réponses des intervenantes au test IES-R. Le tableau 1 présente les scores totaux à l'IES-R, les scores aux trois sous-échelles (intrusion, évitement et hyperactivation) ainsi que la contribution respective de chacune des trois sous-échelles au score total. Pour ce test, 12 intervenantes ont répondu aux questions.

Tableau 1

*Score à l'IES-R et aux sous-échelles d'intrusion, d'évitement et d'hyperactivation*

|   | Moyenne | Écart-type | Contribution |
|---|---------|------------|--------------|
| Résultats totaux (22 items)                 | 37,7    | 16,9       |              |
| Sous échelle d'intrusion (8 items)          | 15,08   | 6,7        | 40,03 %      |
| Sous-échelle d'évitement (8 items)          | 12,17   | 9,56       | 32,29 %      |
| Sous-échelle d'hyperactivation<br>6 (items) | 10,42   | 5,74       | 27,67 %      |

Note : les moyennes sont calculées en utilisant les valeurs suivantes : pas du tout (0), un peu (1), moyennement (2), passablement (3), extrêmement (4).

La moyenne des scores totaux est de 37,7, ce qui est trois fois plus élevé que le score total (12,50) d'une étude utilisant le IES-R auprès d'une population de intervenants ayant vécu la perte d'un client par suicide (Hebb et al., 2011). L'analyse des sous-échelles montre que la sous-échelle qui contribue le plus au score total est celle de l'intrusion (40,03 %), suivi de celle l'évitement (32,29 %) et de celle de

l'hyperactivation (27,67 %). On note toutefois un faible écart entre les trois sous-échelles. Selon ces résultats et les informations qualitatives que nous avons obtenus et que nous verrons plus loin, les symptômes des intervenantes vont s'exprimer en majorité par des pensées et des sentiments intrusifs, et des cauchemars en lien avec l'événement.

Comme mentionné précédemment, un score résultat total à ce test au-delà de 25 a été considéré comme cliniquement significatif et suggère la présence d'un stress aigu. La grille de comparaison proposée par Brillon (2010) afin d'interpréter les résultats au IES-R a été utilisée (un total entre 0-39 correspond à des symptômes légers, 40-55 correspond à des symptômes modérés et 56 et plus à des symptômes sévères de stress post-traumatique). L'analyse des résultats montre que 9 des 12 intervenantes (75 %) ayant répondu au test présentent des scores cliniquement significatifs qui suggèrent la présence de stress aigu dans la semaine suivant le décès. En utilisant la grille de comparaison proposée par Brillon (2010), 5 des 12 (41,6 %) intervenantes de l'étude présentent des symptômes d'intensité modérée alors que deux d'entre elles (16,7 %) présentent des symptômes d'intensité sévère.

### **Nature et intensité des impacts sur la vie personnelle**

Cette section regroupe les réponses des intervenantes aux dix questions de la partie 3 du questionnaire mesurant la nature et l'intensité des impacts du décès par suicide d'un client sur des aspects de leur vie personnelle. Pour chacun de ces aspects de la vie personnelle, les moyennes de l'intensité des impacts rapportés par les 12 intervenantes

aux deux échelles (échelle mesurant l'intensité des impacts positifs et celle mesurant l'intensité des impacts négatifs) sont présentées dans le tableau 1. Rappelons que, pour un même aspect de la vie personnelle, les intervenantes étaient amenées à quantifier l'intensité des impacts positifs et des impacts négatifs à la suite du décès par suicide de leur client. Une intervenante pouvait donc rapporter à la fois des impacts positifs et négatifs.

La première colonne du tableau 1 présente les moyennes d'intensité des impacts positifs, alors que la seconde présente celle des impacts négatifs. Les moyennes d'intensité sont calculées en attribuant les valeurs suivantes aux réponses des 12 intervenantes aux deux échelles : aucun impact (0), impact léger (1), impact modéré (2), impact important (3). Ces moyennes d'intensité varient entre 0 à 3. Des impacts d'intensité légère sont considérés lorsque l'intensité moyenne est plus petite que 1, une intensité de légère à modérée est considérée lorsque l'intensité moyenne des impacts se situe entre 1 et 2, alors qu'une intensité de modérée à importante est considérée lorsque celle-ci se situe entre 2 et 3 (voir tableau 2). À titre d'exemple, une moyenne d'intensité de 2,16 (comme ce fut le cas pour les impacts négatifs sur la confiance en soi) correspond à une intensité de modérée et importante. .



Tableau 2

*Moyenne de l'intensité des impacts positifs et négatifs pour les dix aspects de la vie personnelle*

| Aspects de la vie personnelle                                   | N  | Impacts négatifs | Impacts positifs |
|---|----|------------------|------------------|
|   |    | <i>M</i>         | <i>M</i>         |
| Confiance en soi  | 12 | 2,16             | 0,41             |
| Humeur et sentiments éprouvés                                   | 12 | 2,16             | 0,16             |
| Capacité à séparer la vie personnelle de la vie professionnelle | 12 | 1,75             | 1,08             |
| Relation avec les membres famille                               | 12 | 0,50             | 1,66             |
| Qualité de vie  | 12 | 1,58             | 0,75             |
| Qualité de sommeil  | 12 | 1,50             | 0                |
| Santé physique  | 12 | 1,41             | 0,5              |
| Gestion des problèmes de la vie personnelle                     | 12 | 0,91             | 0,33             |
| Relation avec les membres du réseau                             | 12 | 0,75             | 0,66             |
| Consommation d'alcool ou drogue                                 | 12 | 0,16             | 0                |

**Note :** Valeur attribuée pour le calcul des moyennes d'intensité : aucun impact = 0, impacts légers = 1, impacts modérés = 2, impacts importants = 3. M = moyenne d'intensité, N = nombre d'intervenantes ayant répondu à cette question de la vie personnelle.

En moyenne, les intervenantes rapportent une intensité plus importante d'impacts négatifs que d'impacts positifs pour la majorité des aspects de leur vie personnelle. En effet, pour 9 des 10 (90 %) aspects de la vie personnelle évalués dans cette section, la moyenne d'intensité des impacts négatifs est plus grande que celle des impacts positifs. En suivant l'ordre du tableau, ces aspects sont les suivants : la confiance en soi (impacts négatifs 5,3 fois plus élevés), les humeurs et les sentiments éprouvés dans la vie quotidienne (impacts négatifs 13,5 fois plus élevés), la capacité à séparer la vie

personnelle et la vie professionnelle (impacts négatifs 1,6 fois plus élevés), la qualité de vie (impacts négatifs 2,1 fois plus élevés), la santé physique, la qualité de sommeil et la gestion des problèmes de la vie quotidienne (impacts négatifs 2,8 fois plus élevés pour tous ces points), la relation avec les membres du réseau (impacts négatifs 1,13 fois plus élevés). Le seul aspect dans lequel les impacts positifs sont plus élevés est celui des relations avec les membres de la famille (impacts positifs 3,3 fois plus élevés que les impacts négatifs).

Les impacts négatifs les plus importants sont sur l'estime de soi (2,16) des intervenantes et les humeurs et les sentiments qu'ils éprouvent dans leur vie quotidienne (2,16). Pour ces deux aspects qui obtiennent les scores d'intensité les plus élevés, on observe des impacts négatifs d'intensité modérée à importante. Les intervenantes soulignent également des impacts négatifs d'intensité légère à modérée sur leur capacité à séparer la vie personnelle de la vie professionnelle (1,75), leur qualité de vie (1,58), leur santé physique (1,41), leur qualité de sommeil (1,50).

Pour ce qui est des impacts positifs rapportés par les intervenantes dans leur vie personnelle, ils sont d'intensité légère pour la majorité des aspects évalués. Une intensité légèrement plus élevée est observée pour deux aspects : la relation avec les membres de la famille (1,66) et la capacité des intervenantes à séparer leur vie personnelle de leur vie professionnelle (1,06). Pour ces deux aspects, les intervenantes rapportent une intensité d'impacts positifs de légère à modérée.

Enfin, pour un même aspect de la vie personnelle, plusieurs intervenantes peuvent avoir rapporté des impacts positifs et négatifs. Par exemple, pour la capacité à séparer leur vie personnelle et professionnelle, six intervenantes ont rapporté à la fois des impacts positifs et négatifs d'une intensité légère à modérée (des moyennes respectives de 1,06 et de 1,75).

Dans ce qui suit, les différentes sphères de la vie personnelle seront présentées en ordre d'importance quant à l'intensité des impacts rapportés aux échelles quantitatives, et les données qualitatives compléteront cette description. Comme il a été mentionné précédemment, quelques aspects ont été regroupés afin d'offrir une présentation plus synthétique des données. Ainsi, l'aspect sur la confiance en soi sera présenté dans la section professionnelle puisqu'il a été regroupé à celui sur la croyance en leurs compétences/jugement professionnel. Aussi, les aspects qui portent sur les relations avec la famille et le réseau sont regroupés avec celui des relations avec les collègues de travail (aspect nommé impacts sur les relations interpersonnelles) et ils seront également présentés dans la prochaine section de cette thèse.

Pour chacun des dix aspects de la vie personnelle, la fréquence d'occurrence aux deux échelles (soit celle des impacts positifs et celle des impacts négatifs) est illustrée dans le tableau 3, et cela pour chacun des quatre niveaux d'intensité des échelles. Les pourcentages indiqués sous les fréquences correspondent au nombre d'intervenantes ayant choisi un niveau d'intensité donnée sur le nombre total d'intervenantes ayant

répondu à cette question. À titre d'exemple, pour la qualité de vie, 3 des 12 intervenantes ont rapporté des impacts négatifs d'intensité légère, ce qui correspond à pourcentage de 25 % (3 /12). Les chiffres de 0 à 3 représentent les quatre différents niveaux d'intensité. Comme indiqué sous le tableau, 0 correspond à aucun impact, 1 correspond à impacts légers, 2 correspond à des impacts modérés et 3 correspond à des impacts importants. Les fréquences des réponses reliées aux impacts négatifs sont présentées à gauche du tableau et celles des impacts positifs sont présentées à droite.

Tableau 3

*Fréquence des réponses aux deux échelles (positive et négative) pour chaque aspect de la vie personnelle*

| Vie personnelle                              | Impacts négatifs |         |         |         | Impacts positifs |         |         |         |
|--|------------------|---------|---------|---------|------------------|---------|---------|---------|
|  | 0                | 1       | 2       | 3       | 0                | 1       | 2       | 3       |
| Confiance en soi                             | 0<br>--          | 3<br>25 | 4<br>34 | 5<br>42 | 10<br>83         | 0<br>-- | 1<br>8  | 1<br>8  |
| Humeur et sentiment vie quotidienne          | 0<br>--          | 3<br>25 | 4<br>34 | 5<br>42 | 10<br>83         | 2<br>17 | 0<br>-- | 0<br>-- |
| Séparation vie personnelle / professionnelle | 1<br>8           | 4<br>34 | 4<br>34 | 3<br>25 | 6<br>50 %        | 2<br>17 | 1<br>8  | 3<br>25 |
| Relation avec les membres famille            | 7<br>58          | 4<br>34 | 1<br>8  | 0<br>-- | 1<br>8           | 4<br>34 | 5<br>42 | 2<br>17 |
| Qualité de vie                               | 2<br>17          | 3<br>25 | 5<br>42 | 2<br>7  | 7<br>58          | 2<br>17 | 2<br>17 | 1<br>8  |
| Qualité de sommeil                           | 3<br>25          | 1<br>8  | 7<br>58 | 1<br>8  | 12<br>100        | 0<br>-- | 0<br>-- | 0<br>-- |
| Santé physique                               | 1<br>8           | 6<br>50 | 4<br>34 | 1<br>8  | 8<br>66          | 2<br>17 | 2<br>17 | 0<br>-- |
| Gestion problèmes vie personnelle            | 4<br>34          | 5<br>42 | 3<br>25 | 0<br>-- | 9<br>75          | 2<br>17 | 1<br>8  | 0<br>-- |
| Relation avec les membres réseau             | 6<br>50          | 3<br>25 | 3<br>25 | 0<br>0  | 7<br>58          | 2<br>17 | 3<br>25 | 0<br>-- |
| Consommation d'alcool                        | 10<br>83         | 2<br>17 | 0<br>-- | 0<br>-- | 12<br>100        | 0<br>-- | 0<br>-- | 0<br>-- |

Note : valeur attribuée : aucun impact = 0, impacts légers = 1, impacts modérés = 2, impacts importants = 3. Le premier chiffre représente la fréquence d'occurrence et le second le pourcentage.

**Leur humeur et les sentiments éprouvés dans la vie quotidienne.** L'analyse des réponses suggère que le décès par suicide d'un client a des impacts négatifs d'une intensité modérée à importante (moyenne d'intensité de 2,16) sur les humeurs et sentiments vécus par les intervenantes (voir tableau 2). Sur l'ensemble des dix aspects de la vie personnelle évalués dans la présente étude, avec l'aspect « votre confiance en vous » (moyenne d'intensité également de 2,16)<sup>2</sup>, celui de « l'humeur et les sentiments éprouvés dans la vie quotidienne » est l'aspect dont l'intensité des impacts négatifs est la plus élevée. Les 12 intervenantes soulignent la présence d'impacts négatifs sur leur humeur et les sentiments éprouvés dans leur vie quotidienne, dont 9 des 12 (75 %) intervenantes quantifient d'impacts modérés à importants. Parallèlement, seulement 2 des 12 intervenantes (16,17 %) ont noté la présence d'impacts positifs dans cette même sphère.

Après avoir quantifié l'intensité des impacts observés sur leur humeur et les sentiments vécus dans leur vie quotidienne, les intervenantes étaient invitées à préciser la nature de ces impacts. L'analyse qualitative des commentaires indique que les intervenantes éprouvent des émotions négatives variées à la suite du décès de leur client par suicide, soit des émotions reliées à l'anxiété, à la culpabilité/honte, à la tristesse, à l'hostilité, à l'impuissance et à la solitude. Les émotions les plus fréquentes sont celles reliées à l'anxiété. Pour certaines intervenantes, « les premiers mois qui ont suivi le décès ont été difficiles ». L'une d'entre elles admet ceci : « J'ai été très anxieuse ». Pour

---

<sup>2</sup> Cet aspect sera abordé conjointement à l'aspect sur le jugement professionnel dans la prochaine section sur la vie professionnelle.

deux autres intervenantes, cette anxiété se manifeste plutôt sous forme d'inquiétudes face à la possibilité que leurs proches se suicident. Mis à part les émotions reliées à l'anxiété, celles reliées à la tristesse et à la culpabilité sont également fréquemment rapportées par les intervenantes. À titre d'exemple, une intervenante explique s'être « sentie coupable », même si elle savait rationnellement qu'elle n'aurait « rien pu faire de plus » et une autre écrit « être habitée par beaucoup de culpabilité » et avoir « l'impression de ne pas mériter de réconfort ». Les deux commentaires suivants expriment bien la complexité de l'expérience émotionnelle vécue par les intervenantes.

J'étais triste et anxieuse pour les autres patients instables. Même si ce suicide n'était pas complètement inattendu, il y avait aussi un peu de colère. Et, il fut plus difficile de me détendre dans les semaines après.

Humeur plus triste, découragement, et colère. Les impacts de ces affects se répercutaient sur ma vie personnelle par plus d'irritabilité, peur de perdre un proche. Pire dans les premières semaines suivant l'événement.

**Leur capacité à séparer la vie personnelle de la vie professionnelle.** Pour la capacité à séparer leur vie personnelle et professionnelle, plusieurs intervenantes rapportent à la fois la présence d'impacts positifs et négatifs. Onze intervenantes mentionnent la présence d'impacts négatifs, contrairement à six intervenantes pour les impacts positifs. Ces impacts sont tous d'intensité de légère à modérée (soit des moyennes respectivement de 1,08 et de 1,75); les impacts négatifs sont légèrement plus élevés.

L'analyse qualitative des commentaires permet d'identifier des raisons qui expliquent la diminution perçue de leur capacité à séparer leur vie personnelle de leur vie professionnelle. Huit intervenantes rapportent que les émotions et les pensées reliées au décès de leur client par suicide influencent négativement leur capacité « à faire la coupure » entre leur vie personnelle et professionnelle. À cet effet, une intervenante souligne qu'au quotidien, il est « difficile d'avoir des émotions aussi intenses à gérer ». Une autre explique ceci: « Dans les premières semaines, les pensées intrusives nuisaient à ma capacité à profiter pleinement de ma vie personnelle. Mon état affectif contaminait ma vie personnelle n'ayant plus autant le goût de faire des activités plaisantes. » Quelques commentaires, dont le suivant fournissent des précisions quant aux contenus des pensées qui affectent négativement leur capacité à séparer leur vie personnelle de leur vie professionnelle: « Je repensais à ma cliente avant de m'endormir et il m'est arrivé de pleurer (...) Lorsque je me promenais dans un centre commercial, je regardais les gens au hasard en me disant qu'ils étaient peut-être suicidaires.»

Les thèmes qui ressortent de l'analyse des commentaires sur les impacts positifs sont pratiquement à l'opposé des impacts négatifs : soit une plus grande aptitude à séparer la vie personnelle et professionnelle. À cet effet, une intervenante explique qu'elle a été « obligée » de séparer ces deux sphères parce qu'elle avait « atteint sa limite ». « J'ai maintenant un emploi, écrit-elle, qui me permet de profiter plus pleinement de ma vie et qui me fait vivre moins d'anxiété. » Quelques intervenantes dont la suivante rapportent à la fois la présence d'impacts positifs et négatifs sur leur capacité à séparer leur vie



personnelle et professionnelle, tout en précisant que les impacts positifs sont arrivés après un certain temps.

Au début, je repensais beaucoup à la chaîne des évènements. Beaucoup de questions sur ce que j'aurais pu faire autrement. Ces questionnements me suivaient chez moi. Toutefois, une fois que j'ai fait la paix avec ça, j'ai vraiment changé de position face à mon travail, maintenant, je n'apporte plus aucun client à la maison (dans mes pensées). La coupure se fait très bien chaque jour.

**Leur qualité de vie.** Pour cet aspect, les intervenantes rapportent majoritairement des impacts négatifs. L'analyse des réponses quantitatives montre que 10 des 12 (83,33 %) intervenantes rapportent la présence d'impacts négatifs sur leur qualité de vie, que 7 des 12 (58,33 %) des intervenantes quantifient de modérés à importants (voir tableau 3). L'intensité des impacts positifs sur la qualité de vie (moyenne d'intensité de 0,75) est moins importante que celle des impacts négatifs (voir tableau 2). Néanmoins, 5 des 12 (41 %) intervenantes rapportent la présence d'impacts positifs sur cet aspect (voir tableau 3).

L'analyse qualitative des commentaires permet d'identifier des raisons pour expliquer la diminution perçue de leur qualité de vie; ces raisons sont similaires à celles qui expliquent la diminution de la capacité à séparer la vie personnelle de la vie professionnelle. À titre d'exemple, plusieurs intervenantes rapportent que les émotions et les pensées reliées au décès de leur client par suicide influencent négativement leur « capacité à profiter de la vie ».

Parmi les commentaires qui justifient les impacts positifs, des intervenantes rapportent une plus grande envie de profiter de la vie à la suite du décès de leur client par suicide. À cet effet, une intervenante précise « qu’avoir été confrontée à la mort lui a aussi donné un sentiment d’urgence de profiter de la vie ».

**Leur qualité de sommeil.** L’analyse des réponses suggère que le décès par suicide d’un client affecte négativement la qualité de sommeil de la grande majorité des intervenantes. Plus précisément, 9 des 12 intervenantes (75 %) rapportent des impacts négatifs sur leur qualité de sommeil (voir tableau 3) avec une intensité de légère à modérée (soit une moyenne d’intensité de 1,50) (voir tableau 2). Aucune des intervenantes n’indique la présence d’impacts positifs sur leur qualité de sommeil.

Dans leurs commentaires, neuf intervenantes indiquent avoir une moins bonne qualité de sommeil. La plupart des intervenantes précisent qu’elles ont des difficultés de sommeil : difficultés à s’endormir (neuf intervenantes), réveils fréquents (trois intervenantes) ou des cauchemars pendant la nuit (deux intervenantes). Une intervenante raconte que ses cauchemars furent « un indicateur qu’elle avait pris ça dur ». Une autre explique que ses difficultés de sommeil étaient plus importantes les premiers jours, alors qu’elle repensait aux interventions avec son client et que son sommeil était plus « troublé ». Voici ce qu’elle en dit : « Je me réveillais au milieu de la nuit et me rendormais par la suite. Donc, la diminution d’un sommeil réparateur a un impact direct sur nos émotions et notre analyse critique de l’évènement ».

**Leur santé physique.** L'analyse des réponses suggère que le décès par suicide d'un client affecte négativement la santé physique des intervenantes de notre échantillon. À l'exception d'une intervenante, tous les onze autres intervenantes rapportent la présence d'impacts négatifs sur leur santé physique, qui sont d'une intensité de légère à modérée (soit des moyennes d'intensité de 1,41) (voir tableau 2). Seulement quatre intervenantes (34%) mentionnent des impacts positifs sur leur santé physique.

Les intervenantes identifient des symptômes physiques qui diminuent la qualité de leur santé physique : des nausées/vertiges, une perte de poids, une hausse de la pression artérielle, une perte d'appétit, des maux de ventre, de la fatigue, un stress/une tension. Une intervenante précise qu'elle a vécu « des problèmes de sommeil et d'anxiété, dans les premiers jours, ainsi que des maux de ventre importants et une hausse de la pression artérielle ». Une autre intervenante mentionne la présence d'une « gastro » la semaine suivant le suicide l'ayant « obligée à prendre soin d'elle ». Deux intervenantes précisent qu'elles ont pris soin davantage d'elle à la suite du suicide de leur client.

**Leur gestion des problèmes de la vie quotidienne.** Pour ce domaine de la vie personnelle, 8 des 12 (66,66 %) intervenantes soulignent la présence d'impacts négatifs (voir tableau 3). L'intensité moyenne de ces impacts négatifs est légère (moyenne d'intensité de 0,91, soit près de 1 qui représente une intensité légère (voir tableau 2).

Un premier thème qui ressort des commentaires se rapportant aux impacts négatifs est une diminution de la disponibilité des intervenantes à la gestion des problèmes de leur vie quotidienne. Quelques raisons sont évoquées pour expliquer cette diminution: « J'ai eu l'impression de ne plus avoir de place pour gérer les problèmes de ma vie quotidienne tant mon esprit était occupé à penser au travail et à des solutions pour les clients avec qui j'avais des suivis ». Une autre intervenante évoque quant à elle une certaine « paralysie émotionnelle » pour expliquer cette baisse de disponibilités: « Ce décès est venu me paralyser, donc j'arrivais mal à continuer mes tâches quotidiennes pour une ou deux journées suivant le décès ». Un second thème qui ressort des analyses qualitatives est une baisse de l'efficacité des intervenantes dans la gestion des problèmes de leur vie quotidienne. Les raisons évoquées pour expliquer celle-ci sont une diminution de « leur concentration et motivation » et une difficulté avec la prise de décision reliée à une appréhension de faire un « mauvais choix ».

De l'autre côté de la médaille, seulement 3 des 12 (25 %) intervenantes ont rapporté la présence d'impacts positifs sur la gestion des problèmes de leur vie personnelle (voir tableau 3). Une de ces intervenantes précise avoir un rapport différent face à ses problèmes quotidiens : « La mort de quelqu'un nous fait réfléchir et nous encourage à lâcher prise par rapport aux petits problèmes de la vie quotidienne. »

**Leur consommation d'alcool et/ou de drogues :** Seulement deux intervenantes (17 %) mentionnent des impacts pour cet aspect, qui sont tous deux de nature négative et

d'intensité légère. Ces deux intervenantes précisent avoir respectivement eu une « augmentation de l'envie de consommer de l'alcool » et « avoir consommé légèrement plus de marijuana à la suite de l'événement comparativement à l'habitude, afin de se détendre. »

### **La nature et l'intensité des impacts sur la vie professionnelle**

Cette section regroupe les réponses des intervenantes aux 16 questions de la partie 4 mesurant l'intensité et la nature des impacts du décès par suicide d'un client sur des aspects de leur vie professionnelle. Dans cette section, une intervenante n'a pas répondu aux questions et une autre n'a répondu qu'à 7 des 16 questions. L'échantillon est donc de 10 ou parfois 11 intervenantes plutôt que 12.

Chaque aspect de la vie professionnelle évalué est présenté dans le tableau 4, ainsi que l'intensité des impacts rapportée par les intervenantes aux deux échelles (échelle mesurant les impacts positifs et celle mesurant les impacts négatifs). La première colonne du tableau 4 présente les moyennes d'intensité des impacts positifs, alors que la seconde présente celle des impacts négatifs. Les moyennes d'intensité (M) sont calculées en attribuant les mêmes valeurs que pour les impacts sur la vie personnelle : aucun impact (0), impacts légers (1), impacts modérés (2), impacts importants (3). Ces moyennes d'intensité varient entre 0 à 3. De même, pour l'analyse de celles-ci, des impacts d'intensité légère sont considérés lorsque l'intensité moyenne est plus petite que 1, une intensité de légère à modérée est considérée lorsque l'intensité moyenne des

impacts se situe entre 1 et 2, alors qu'une intensité de modérée à importante est considérée lorsque celle-ci se situe entre 2 et 3 (voir tableau 4).

Tableau 4

*Fréquence des réponses aux échelles (positive et négative) pour chaque aspect de la vie professionnelle*

| Aspects de la vie professionnelle                                       | N  | Impacts négatifs | Impacts positifs |
|---|----|------------------|------------------|
|   |    | <i>M</i>         | <i>M</i>         |
| Leur croyance en leurs compétences/jugement professionnel               | 11 | 1,81             | 0,81             |
| La connaissance de leurs limites  | 10 | 0,10             | 1,80             |
| Leur habileté à exercer leur métier                                     | 11 | 1,18             | 1,64             |
| Leur vécu émotionnel au travail   | 11 | 1,63             | 0,81             |
| Leurs relations avec leurs collègues de travail                         | 10 | 0,70             | 1,60             |
| Leur croissance professionnelle   | 10 | 0,5              | 1,50             |
| Leur acceptation de la réalité du décès par suicide d'un client         | 10 | 0,7              | 1,40             |
| Leur habileté à évaluer dangerosité suicidaire/homicidaire              | 11 | 1,18             | 1,36             |
| Leur approche, style, façon intervenir                                  | 10 | 0,2              | 1,30             |
| Leur habileté à gérer situation de crise                                | 11 | 0,72             | 0,90             |
| Leur habileté d'être à l'écoute, disponible à leurs clients suicidaires | 10 | 0,3              | 0,9              |
| Leur tenue de dossier et l'importance aspects légaux                    | 11 | 0,36             | 0,81             |
| Leur degré d'investissement émotionnel                                  | 10 | 0,4              | 0,6              |
| Leur gestion horaire et de sa charge de travail                         | 10 | 0,3              | 0,6              |
| Leur croyance en efficacité thérapie                                    | 10 | 0,5              | 0,5              |
| Leur tendance à avoir à recours à l'hospitalisation                     | 11 | 0,45             | 0,36             |

Note : Valeur attribuée pour le calcul des moyennes : aucun impact = 0, impact léger = 1, impact modéré = 2, impact important=3. N= nombre d'intervenantes ayant répondu à la question.

Sur un plan plus général, l'analyse des réponses révèle que toutes les intervenantes ont rapporté à la fois des impacts positifs et des impacts négatifs dans l'un ou l'autre des aspects de la vie professionnelle à la suite du décès de leur client par suicide. Inversement à ce que l'on retrouve sur le plan personnel, l'intensité des impacts positifs est plus importante que celle des impacts négatifs pour 12 des 16 (75 %) aspects évalués. Pour quelques aspects, les écarts entre les moyennes d'impacts sont toutefois minimales. En ordre d'importance de l'écart, les 12 aspects sont les suivants: la connaissance des intervenantes de leurs limites personnelles (impacts positifs 18 fois plus élevés que les négatifs), leur approche, style et façon d'intervenir (impacts positifs 6,5 fois plus élevés que les négatifs), leur croissance professionnelle (impacts positifs trois fois plus élevés que les négatifs), leur capacité d'être à l'écoute, disponible avec leur client suicidaire (impacts positifs trois fois plus élevés que les négatifs), leur relation avec leurs collègues (impacts positifs 2,28 fois plus élevés que les négatifs), leur tenue de dossier et l'importance accordée aux aspects légaux (impacts positifs 2,25 fois plus élevés que les négatifs), la gestion de leur horaire et de leur charge de travail (impacts positifs deux fois plus élevés que les négatifs), leur capacité à exercer leur métier (impacts positifs 1,38 fois plus élevés que les négatifs), leur degré d'investissement émotionnel avec leur client (impacts positifs 1,5 fois plus élevés que les négatifs), leur habileté à gérer une situation de crise (impacts positifs 1,25 fois plus élevés que les négatifs), leur habileté à évaluer la dangerosité suicidaire (impacts positifs 1,15 fois plus élevés que les négatifs).



Les aspects pour lesquels les impacts positifs sont les plus importants sont la connaissance de leurs limites personnelles (moyenne d'intensité de 1,80), la capacité d'exercer leur métier (moyenne d'intensité 1,64), les relations avec leurs collègues (moyenne d'intensité de 1,60), leur croissance professionnelle (moyenne d'intensité 1,50), leur acceptation de la réalité du suicide d'un client (moyenne d'intensité de 1,40), leur habileté à évaluer la dangerosité suicidaire / homicidaire et leur approche, style et façon d'intervenir (moyenne d'intensité 1,30). Pour ces sept aspects, les impacts positifs ont une intensité de légère à modérée. Pour les neuf autres aspects de la vie professionnelle, les impacts positifs rapportés sont d'intensité légère en moyenne.

Pour la majorité des aspects de la vie professionnelle (soit 12 des 16 aspects évalués), les intervenantes rapportent des impacts négatifs d'une intensité légère en moyenne. Toutefois, deux aspects se démarquent avec des moyennes d'intensité d'impacts négatifs plus élevées que les autres : la croyance en leurs compétences et leur jugement professionnel (moyenne d'intensité de 1,81) et leur vécu émotionnel au travail (moyenne d'intensité 1,63). Pour ces deux aspects, l'intensité moyenne est de légère à modérée.

Enfin, pour un même aspect de la vie professionnelle, plusieurs intervenantes ont rapporté à la fois des impacts positifs et négatifs : c'est le cas de la capacité à exercer leur métier et leur habileté à évaluer la dangerosité suicidaire, pour lesquels les impacts positifs et négatifs sont d'une intensité moyenne de légère à modérée variant de 1,18 à 1,64 (voir tableau 4).

Les différents aspects de la vie professionnelle seront présentés en ordre d'importance quant à l'intensité des impacts rapportés aux échelles quantitatives, et les données qualitatives compléteront cette description. Certains aspects sont regroupés afin d'offrir une présentation plus concise des données. Ainsi, la confiance en soi (qui était un aspect de la vie personnelle) et la croyance en leur compétence et leur jugement professionnel sont regroupés tout comme les relations avec les membres de la famille et le réseau (qui étaient des aspects de la vie personnelle) et les collègues de travail.

Pour chacun des 16 aspects de la vie professionnelle, la fréquence d'occurrence aux deux échelles (soit celle des impacts positifs et celle des impacts négatifs) est illustrée dans le tableau 5. Plus précisément, pour chaque aspect, on peut observer dans ce tableau le nombre d'intervenantes qui ont rapporté des impacts positifs et négatifs à chacun des quatre niveaux d'intensité des échelles. Les chiffres de 0 à 3 représentent les quatre différents niveaux d'intensité. Plus précisément, 0 correspond à aucun impact, 1 correspond à des impacts légers, 2 correspond à des impacts modérés et 3 correspond à des impacts importants. Les fréquences des réponses reliées aux impacts négatifs sont présentées à gauche du tableau et celles des impacts positifs sont présentées à droite de celui-ci. Les pourcentages en dessous de la fréquence correspondent à la fréquence sur le nombre total d'intervenantes ayant répondu à cette question. À titre d'exemple, pour l'aspect sur le vécu émotionnel des intervenantes au travail, 5 des 11 intervenantes qui ont répondu à cette question ont rapporté des impacts négatifs d'intensité modérée, ce qui correspond à un pourcentage de 45,8 %. Le tableau 4 ainsi que le tableau 5 seront

utilisés pour la présentation des impacts pour chacun des 16 aspects de la vie professionnelle.

Tableau 5

*Fréquence des réponses aux échelles (positive et négative) pour chaque aspect de la vie professionnelle*

| Aspects de la<br>vie professionnelle          | Impacts négatifs |           |           |           | Impacts positifs |           |           |           |
|---|------------------|-----------|-----------|-----------|------------------|-----------|-----------|-----------|
|   | 0                | 1         | 2         | 3         | 0                | 1         | 2         | 3         |
| Croyance en leurs<br>compétences/ jugement    | 1<br>9,1         | 4<br>36,4 | 2<br>18,2 | 4<br>36,4 | 6<br>56,5        | 3<br>27,3 | 0<br>--   | 2<br>18,2 |
| Connaissance de leurs<br>limites              | 9<br>90          | 1<br>10   | 0<br>--   | 0<br>--   | 1<br>10          | 4<br>40   | 1<br>10   | 4<br>40   |
| Habilité à exercer leur<br>métier             | 4<br>35,4        | 2<br>18,2 | 4<br>36,4 | 1<br>9,1  | 2<br>18,2        | 4<br>36,4 | 1<br>9,1  | 1<br>36,4 |
| Vécu émotionnel au<br>travail                 | 2<br>18,2        | 2<br>18,2 | 5<br>45,5 | 2<br>18,2 | 5<br>45,5        | 4<br>36,4 | 1<br>9,1  | 1<br>9,1  |
| Relation avec les<br>collègues                | 6<br>60          | 2<br>20   | 1<br>10   | 1<br>10   | 2<br>20          | 3<br>30   | 2<br>20   | 3<br>30   |
| Leur croissance<br>professionnelle            | 7<br>70          | 2<br>20   | 0<br>--   | 1<br>10   | 2<br>20          | 3<br>30   | 3<br>30   | 2<br>20   |
| Acceptation réalité du<br>suicide d'un client | 6<br>60          | 2<br>20   | 1<br>10   | 1<br>10   | 3<br>30          | 2<br>20   | 3<br>30   | 2<br>20   |
| Habilité évaluer<br>dangerosité               | 4<br>35,4        | 3<br>27,3 | 2<br>18,2 | 2<br>18,2 | 3<br>27,3        | 3<br>27,3 | 3<br>27,3 | 2<br>18,2 |
| Approche, style, façon<br>intervenir          | 8<br>80          | 2<br>20   | 0<br>--   | 0<br>--   | 3<br>30          | 2<br>20   | 4<br>40   | 1<br>10   |
| Habilité à gérer des<br>situations de crise   | 6<br>56,5        | 3<br>27,3 | 1<br>9,1  | 1<br>9,1  | 4<br>36,4        | 4<br>36,4 | 3<br>27,3 | 0<br>--   |
| Capacité d'être à<br>l'écoute / disponible.   | 7<br>70          | 3<br>30   | 0<br>--   | 0<br>--   | 4<br>40          | 4<br>40   | 1<br>10   | 1<br>10   |
| Tenue de dossier                              | 8<br>72,7        | 2<br>18,2 | 1<br>9,1  | 0         | 6<br>56,5        | 2<br>18,2 | 2<br>18,2 | 1<br>9,1  |
| Degré d'investissement<br>émotionnel          | 6<br>60          | 4<br>40   | 0<br>--   | 0<br>--   | 6<br>60          | 3<br>30   | 0<br>--   | 1<br>10   |

Tableau 5 (suite)

*Fréquence des réponses aux échelles (positive et négative) pour chaque aspect de la vie professionnelle*

| Aspects de la<br>Vie professionnelle | Impacts négatifs |         |         |         | Impacts positifs |         |         |         |
|--------------------------------------|------------------|---------|---------|---------|------------------|---------|---------|---------|
|                                      | 0                | 1       | 2       | 3       | 0                | 1       | 2       | 3       |
| Gestion horaire<br>/caseload.        | 8<br>80          | 1<br>10 | 1<br>10 | 0<br>-- | 6<br>60          | 2<br>20 | 2<br>20 | 0<br>-- |
| Croyance en<br>l'efficacité thérapie | 7<br>70          | 2<br>20 | 0<br>-- | 1<br>10 | 7<br>70          | 1<br>10 | 2<br>20 | 0<br>-- |
| Recours à<br>l'hospitalisation.      | 7<br>63          | 3<br>27 | 1<br>10 | 0<br>-- | 8<br>72          | 2<br>18 | 1<br>10 | 0<br>-- |

Note : valeur attribuée : aucun impact = 0, impacts légers = 1, impacts modérés = 2, impacts importants = 3. Le premier chiffre représente la fréquence d'occurrence et le second le pourcentage.

**Leur croyance en leurs compétences et leur jugement professionnel, ainsi que leur confiance en soi.** Cette section regroupe les réponses des intervenantes à la question 6 (confiance en soi) de la troisième partie ainsi qu'à la question 2 (croyance en ses compétences et en son jugement professionnel) de la quatrième partie du questionnaire (voir Appendice A). Les deux sections sont regroupées dans la sphère professionnelle parce que les commentaires des répondants à la question 6 sur la confiance en soi concernaient également et surtout la vie professionnelle.

L'analyse des réponses quantitatives à ces questions suggère que le décès d'un client par suicide touche de façon importante la confiance en soi des intervenantes et leur croyance en leurs compétences et leur jugement professionnel. Pour trois intervenantes,

l'intensité est telle qu'elles ont décidé de changer de carrière. Ce sont les aspects les plus touchés par le suicide d'un client. Pour ces sphères, à l'exception d'une intervenante, tous notent la présence d'impacts négatifs. Les moyennes d'intensité sont de 1,81 (confiance en soi) et 2,16 (croyance en ses compétences et en son jugement professionnel), qui signifient des impacts négatifs d'une intensité modérée à importante.

Tout comme dans la section précédente sur les impacts dans la vie personnelle, après avoir quantifié l'intensité des impacts observés sur leur vie professionnelle, les intervenantes étaient invitées à en préciser la nature. L'analyse qualitative des commentaires écrits pour justifier les impacts négatifs sur la confiance en soi et la croyance en ses compétences et en son jugement professionnel révèle que les intervenantes vivent des doutes et des remises en question qui portent notamment sur leurs « capacités de bien comprendre les choses et d'appréhender adéquatement les situations ». Des intervenantes précisent qu'elles remettent en question les interventions qu'elles ont faites avec le client décédé. Ces intervenantes expliquent être à la recherche « d'une erreur, de quelque chose qui pourrait expliquer le suicide », « quelque chose qu'elles n'auraient pas vue », ou encore, elles cherchent « ce qu'elles auraient pu faire de plus ». Ces remises en question semblent avoir été temporaires pour la plupart. Une intervenante explique que « suite à (cette période de doutes), j'ai constaté que j'avais tout fait en mon pouvoir, ce qui m'a redonné confiance. » Une autre précise qu'elle s'était posé cette question:

Est-ce qu'on est un bon intervenant en prévention du suicide si on perd un client par suicide? Finalement, ma réponse m'a satisfaite et me satisfait encore. Comme quoi, on ne juge pas la qualité et la compétence d'un intervenant par la vie ou la mort d'un client, mais plutôt dans la qualité de son travail.

Par contre, pour trois intervenantes, les remises en questions ont amené des changements quant à l'orientation de leur carrière. Ainsi, deux intervenantes mentionnent avoir décidé de changer d'emploi et une autre précise avoir décidé de prendre une retraite anticipée à la suite du suicide de leur client. Les deux intervenantes ayant décidé de changer d'emploi ont évoqué les raisons suivantes pour expliquer leur décision. Pour une intervenante, son choix de changer d'emploi est lié à « la peur qu'un tel événement se reproduise ». Elle préfère son « nouvel emploi qui ne se limite pas à une clientèle suicidaire » et qui « lui permet de profiter plus pleinement de sa vie et de réduire son anxiété ». Une deuxième intervenante explique que même si elle est « plus réaliste » et qu'elle « accepte aussi le fait qu'une personne puisse décider de mettre fin à sa vie malgré l'aide reçue et que c'est son choix », elle a aussi décidé de changer d'emploi. Voici ce qu'elle raconte :

Travailler uniquement avec des personnes en crise suicidaire m'a fait beaucoup souffrir (...) Si je retournais travailler uniquement avec des personnes en crise suicidaire, j'aurais peur ne pas garder un bon moral et une bonne santé mentale. Donc, j'aurais peur d'être inadéquate dans mes interventions.

Certaines intervenantes portent un jugement sévère envers eux-mêmes. Deux intervenantes considèrent le décès de leur client comme un échec, estimant ne pas « être arrivées à détecter la souffrance, la détresse du client ». Une intervenante admet à quel point l'événement l'a affectée : « Au début, je considérais que le geste posé était de ma

faute et que si je n'avais rien vu venir, c'est que j'étais une mauvaise intervenante et une mauvaise personne. » Cette intervenante précise toutefois s'être « repositionnée » après un an et avoir maintenant une meilleure perception de son travail.

Bien que d'intensité beaucoup moindre (moyenne d'intensité de 0,40 et de 0,81) que les impacts négatifs rapportés sur la confiance en soi et la croyance en ses compétences et son jugement professionnel, des intervenantes ont rapporté des impacts positifs sur ces deux aspects. Certaines d'entre elles précisent qu'après avoir vécu une période de doutes ou de remises en question, elles ont repris confiance en elles-mêmes. Pour l'une d'entre elles, la restauration de cette confiance est survenue « après avoir compris que ses interventions avaient été adéquates ». Une autre indique que d'en avoir discuté avec des collègues l'avait aidé à retrouver son sentiment de compétence.

**La connaissance des intervenantes de leurs limites personnelles.** L'analyse des réponses pour cet aspect suggère que les intervenantes acquièrent une meilleure connaissance de leurs limites personnelles à la suite du décès par suicide de leur client.. Parmi les dix intervenantes ayant répondu à cette question, neuf d'entre elles (90 %) indiquent la présence d'impacts positifs sur la connaissance de leurs limites personnelles (voir tableau 5), impacts d'une intensité de légère à modérée (intensité moyenne de 1,80). L'intensité est particulièrement élevée pour quatre intervenantes qui rapportent des impacts positifs d'intensité la plus élevée aux échelles. Par ailleurs, seulement une



intervenante (10 %) note des impacts négatifs sur la connaissance de ses limites personnelles et ces impacts sont d'une intensité légère.

Plusieurs intervenantes précisent dans leurs commentaires qu'elles ont appris à « mettre leurs limites personnelles » à la suite du décès par suicide de leur client : « Je fais tout ce que je peux avec ce qui m'appartient; pour le reste, c'est à l'autre d'en décider. Lorsque je termine mes journées, je suis certaine d'avoir donné mon 100 %; et advienne que pourra! ». D'autres intervenantes expliquent avoir maintenant une meilleure connaissance de ce qui appartient à l'intervenant et ce qui appartient à la personne suicidaire. À cet effet, quelques intervenantes dont la suivante ont pris conscience que c'est le client qui détenait la décision finale concernant sa vie ou sa mort. « Cette mort m'a permis d'apprendre à me détacher du choix que faisait le client. Je peux l'écouter, faire tout ce qui est en mon pouvoir pour l'aider, mais c'est lui qui fait le dernier choix et je dois apprendre à me détacher de cela, ce qui est très difficile. »

**Leur habileté à exercer leur métier.** L'analyse des réponses révèle que le décès d'un client par suicide affecte positivement et négativement la capacité des intervenantes d'exercer leur métier. En somme, bien que plusieurs intervenantes croient encore en leur habileté à exercer leur métier, certaines d'entre elles ont éprouvé des difficultés temporaires à effectuer leurs tâches professionnelles. L'analyse des réponses aux échelles quantitatives révèle que 9 des 11 intervenantes (81,8 %) ont vécu des impacts positifs sur leur capacité à exercer leur métier comparativement à 7

intervenantes (63,64 %) qui rapportent des impacts négatifs. L'intensité des impacts positifs est légèrement plus élevée que celle des impacts négatifs (intensité de 1,64 contre 1,18). Cette différence d'intensité est liée au fait que quatre intervenantes quantifient l'intensité des impacts positifs comme importante ce qui hausse la moyenne.

Rapportons d'abord les impacts négatifs. Des intervenantes éprouvent de la difficulté à poursuivre leur travail à la suite du suicide : « difficulté à trouver de l'énergie en soi », se sentir « comme un élastique trop étiré » ou adopter un « rythme de travail plus lent ». Deux intervenantes font référence quant à elles à une incapacité temporaire d'effectuer certaines tâches ou encore à leur incapacité de travailler avec une clientèle suicidaire. Une intervenante a pris quelques jours de congé et une autre a arrêté temporairement de travailler auprès de clients suicidaires, puis a décidé par la suite de prendre une retraite anticipée. La durée de la période d'arrêt varie : une intervenante « préfère faire des tâches administratives plutôt que de faire un suivi auprès de clients suicidaires au cours de la première semaine », alors qu'une autre mentionne « avoir été incapable de rencontrer des clients aux prises avec cette problématique durant trois mois. »

D'un autre côté, l'analyse des commentaires sur les impacts positifs rapportés par les intervenantes révèle que plusieurs intervenantes se considèrent toujours en mesure d'exercer leur travail, « mais de manière plus réaliste ». Une intervenante précise que dorénavant, elle « prend vraiment au sérieux le risque suicidaire et elle documente très bien ses dossiers ». Des intervenantes rapportent simultanément des impacts négatifs et

positifs sur leur façon d'exercer leur métier à la suite du suicide, comme l'une d'entre elles qui mentionne avoir tendance à se remettre en question beaucoup plus depuis les événements. « Par contre, écrit-elle, cela amène une meilleure cohésion et un travail d'équipe agréable. La validation avec les collègues permet de trouver de nouvelles pistes d'intervention et de favoriser de meilleurs services pour la clientèle. »

**Leur vécu émotionnel au travail.** L'analyse des réponses des intervenantes révèle que le décès d'un client par suicide affecte négativement le vécu émotionnel au travail de la majorité des intervenantes. Sur l'ensemble des aspects professionnels évalués, l'aspect du vécu émotionnel fait partie des deux aspects (avec l'aspect sur la croyance en ses compétences et son jugement professionnel) où les impacts négatifs sont les plus importants. Plus précisément, 9 des 11 intervenantes (82 %) ayant répondu à cette question notent la présence d'impacts négatifs sur leur vécu émotionnel, d'une intensité de modérée à importante (intensité de 1,63). Peu d'impacts positifs sont rapportés pour cette question.

Les intervenantes éprouvent des émotions très variées à la suite du décès de leur client par suicide : de la tristesse, de l'anxiété, de la culpabilité, de la peur ou de l'hostilité. Tout comme dans la sphère personnelle, les émotions les plus fréquemment rapportées sont celles liées à l'anxiété et à la peur, et plusieurs intervenantes expliquent avoir vécu plusieurs émotions à la fois. Elles se sentent plus anxieuses et éprouvent « des inquiétudes quand la possibilité qu'un autre suicide survienne ». Elles ont « peur

des clients suicidaires », « elles ne pourraient pas continuer leur pratique si un autre suicide advenait. » Certaines intervenantes se sentent « plus tristes », « plus vulnérables ». Comme le souligne cette intervenante, l'émotivité peut également affecter la motivation au travail : on perd « le désir de travailler en équipe » et « de s'investir dans différents projets »; on perd « l'intérêt de travailler pendant quelques semaines »; on a de « la difficulté à poursuivre avec les autres clients ». Enfin, on peut éprouver des « sentiments de colère intense face à l'équipe de travail et le contexte de ce suicide ».

Parallèlement, 6 des 11 intervenantes (54,5 %) ont tout de même rapporté la présence d'impacts positifs sur leur vécu émotionnel. Le degré d'intensité de ces impacts est toutefois léger (intensité de 0,81). Généralement, le fait d'avoir discuté de la situation a été un atout, tout comme le fait d'avoir un « espace au travail pour partager les émotions » a eu un impact positif. Une intervenante souligne ceci : « mon collègue médecin et moi avons vécu beaucoup de stress négatif les premiers jours. Par contre, nos nombreuses discussions ont eu un impact positif sur notre vécu émotionnel au travail. » Une autre intervenante commente ainsi : « C'est positif, car j'ai partagé mon vécu avec mon équipe, ce qui fut très profitable pour tout le monde. Cela nous a permis d'échanger sur la problématique. Cela m'a permis de sentir la solidarité. »

**Leurs relations interpersonnelles.** Cette section sur les relations interpersonnelles regroupe trois questions du questionnaire, soit les questions 6 et 7 de la partie 3 du questionnaire et la question 7 de la partie 4 (voir Appendice A). Ces questions portent

respectivement sur les impacts du décès du client par suicide sur les relations des intervenantes avec les membres de leur famille, avec les membres de leur réseau et avec les collègues de travail. Ces questions ont été regroupées, car leurs réponses qualitatives étaient similaires. Par exemple, il arrivait que, dans une réponse sur les membres de la famille, les intervenantes abordent également la relation avec leurs collègues, les membres de leur réseau ou encore avec leurs proches en général.

L'analyse des réponses à ces questions suggère que le décès par suicide d'un client a des impacts positifs pour la majorité des intervenantes sur leurs relations interpersonnelles. Les relations avec la famille et les collègues sont plus touchées que celles avec le réseau social. Les intervenantes notent une intensité plus importante d'impacts positifs sur leurs relations avec leur famille et leurs collègues, comparativement à leur relation avec les membres de leur réseau social. Plus précisément, l'analyse des réponses aux échelles d'intensité indique que 11 des 12 (91,67 %) intervenantes rapportent des impacts positifs sur leur relation avec les membres de leur famille à la suite du suicide, que 7 des 11 (63 %) intervenantes qualifient d'intensité modérée à importante (voir tableau 3). De même, 8 des 10<sup>3</sup> intervenantes (80 %) ayant répondu à la question sur les impacts du suicide sur leur relation avec leurs collègues notent des impacts positifs, que 5 des 8 (62,5 %) intervenantes qualifient de modérés à importants. Les impacts sur la relation avec les membres du réseau sont, quant à eux plus faibles; seulement 5 des 12 (41,66 %)

---

<sup>3</sup> Seulement 10 des 12 intervenantes ont répondu à la question se rapportant aux relations avec les collègues, comparativement à 12 pour les autres questions se rapportant aux relations.

intervenantes notent la présence d'impacts positifs qui sont majoritairement d'intensité légère (voir tableau 3).

L'analyse des réponses qualitatives des intervenantes à ces trois questions fait ressortir un premier commentaire relié aux expériences positives dans leurs relations interpersonnelles. En effet, plusieurs intervenantes soulignent que leurs proches furent présents et empathiques à la suite du suicide. Une intervenante raconte qu'à cet effet, « les collègues de travail sont plus proches de nous, ils savent que le suicide d'un patient n'est jamais facile. Certains montrent une capacité à nous supporter. » Cette intervenante explique qu'une collègue lui avait offert d'être présente pour la rencontre avec la famille du client décédé. Parmi les autres commentaires qui ressortent, une intervenante souligne que l'événement l'a amenée à avoir un plus grand désir de rapprochement avec ses proches. Une autre intervenante explique que « le travail d'équipe s'est amélioré à la suite de l'incident » et que « ce n'est plus du chacun-pour-soi. »

L'intensité des impacts négatifs pour les trois questions portant sur les relations interpersonnelles est légère (les moyennes varient de 0,50 à 0,75); au moins 4 des 12 intervenantes (33,33 %) ont tout de même rapporté la présence d'impacts négatifs à ces questions. Un premier commentaire que les intervenantes rapportent en lien avec les impacts négatifs est de vivre une expérience d'incompréhension de la part des autres.

Plus particulièrement, quatre intervenantes rapportent s'être senties incomprises par leur entourage. L'une d'elles souligne ceci :

Il est difficile pour les membres de ma famille de bien comprendre ce que peut représenter pour le praticien un deuil d'un client par suicide. Alors c'était difficile pour moi de parler de mon réel senti face à l'évènement. Par contre, mon réseau social s'est montré très présent lors de cet évènement.

Un second commentaire est relié au fait d'avoir vécu une absence de soutien des gens qui l'entourent. À cet effet, une intervenante déplore « le très peu d'échange au sujet du suicide » dans son milieu de travail ainsi que « l'annonce traumatisante » du décès de son client par suicide de la part de ses collègues. D'autre part, pour certains, il n'a pas été facile d'en parler à qui que ce soit. Quelques intervenantes abordent la difficulté qu'elles ont eue à se confier à leur entourage ou à leurs collègues, tandis que trois autres intervenantes expliquent avoir tout simplement décidé de ne pas parler de l'évènement pour différentes raisons. Une intervenante précise : « C'était confidentiel, donc je me suis tenu loin de mon réseau social le temps de digérer cet évènement difficile. » Une autre explique qu'« il est plus difficile de faire des activités avec des amis quand l'humeur n'y est pas », donc elle a vécu un éloignement de son réseau social dans les premiers mois.

L'analyse des réponses qualitatives révèle également que les intervenantes peuvent vivre des expériences interpersonnelles où peut coexister la présence d'impacts positifs et d'impacts négatifs. À titre d'exemple : « Je ne me suis pas sentie comprise dans ce que j'ai voulu exprimer. Par contre, j'ai quand même eu du soutien moral. »

**Leur croissance professionnelle en tant qu'intervenante.** L'analyse des réponses pour cet aspect suggère que, de façon générale, le décès d'un client par suicide est une source de cheminement professionnel pour plusieurs intervenantes et que ceux-ci font des apprentissages variés en lien avec leur profession. Parmi les dix intervenantes ayant répondu à cette question, huit d'entre elles (80 %) indiquent la présence d'impacts positifs sur leur croissance professionnelle; impacts d'une intensité de légère à modérée (intensité moyenne de 1,50). Par ailleurs, seulement 3 des 10 intervenantes (30 %) indiquent des impacts négatifs sur cet aspect; ces impacts sont d'une intensité légère (intensité moyenne de 0,50).

Pour les impacts positifs, huit intervenantes mentionnent que l'évènement leur a permis de faire des apprentissages en lien avec leur métier; elles ont acquis des connaissances générales (p. ex., meilleure connaissance du processus du deuil, des troubles de personnalité, etc.) ou encore en lien avec de nouvelles méthodes d'interventions. D'autres intervenantes précisent qu'elles ont plutôt appris à « mieux se connaître » ou « mieux comprendre la thérapie ». À cet effet, une intervenante explique qu'après le suicide, elle se considère « humaine et plus sympathique qu'empathique ». « Ça me prenait cela pour le réaliser », écrit-elle. Une autre intervenante affirme que « c'est sa philosophie de fond qui a changé ». « Je sais maintenant, écrit-elle, pourquoi je travaille en prévention du suicide et pourquoi je continue. »



Trois des intervenantes ayant rapporté des impacts négatifs sur leur croissance professionnelle considèrent ne pas avoir cheminé en lien avec l'expérience du suicide. Une intervenante précise qu'elle « tente d'oublier l'évènement plutôt que de le régler », « Rien n'a réellement changé », affirme-t-elle.

**Leur acceptation de la réalité du décès par suicide d'un client.** Les réponses à cette question peuvent recouper celles de l'habileté des intervenantes à exercer leur métier. Les résultats indiquent que la majorité des intervenantes sont sensibilisées à la réalité du décès par suicide et l'acceptent mieux, mais cette réalité demeure difficile à accepter pour une minorité d'intervenantes. Pour cet aspect, 7 des 10 intervenantes (70 %) ayant répondu à cette question rapportent la présence d'impacts positifs sur leur acceptation de la réalité du décès par suicide d'un client, que cinq intervenantes quantifient d'intensité modérée à importante. Parallèlement, 4 des 10 intervenantes notent la présence d'impacts négatifs sur cet aspect d'une intensité plus légère (intensité de 1,4 pour les impacts positifs en comparaison à 0,7 pour les impacts négatifs).

Plusieurs intervenantes indiquent être maintenant plus conscientes que le suicide d'un client représente un « risque du métier ». Une intervenante précise ceci : « Je dois me rendre à l'évidence que c'est un risque quotidien, et que je ne suis pas celle qui prend la décision en fin de compte. Si le client ne me dit pas la vérité quant à ses intentions, là s'arrête mon pouvoir en tant qu'intervenante. »

L'analyse des commentaires sur les impacts négatifs fait ressortir que pour certaines d'entre elles, la réalité de la perte d'un client par suicide dans la pratique demeure tout de même difficile à accepter. Pour une intervenante, le suicide d'un client demeure « inacceptable » et les impacts négatifs sont d'une intensité importante.

**Leur habileté à évaluer la dangerosité suicidaire / homicidaire.** L'analyse des résultats montre que le décès d'un client par suicide touche à la fois positivement et négativement cet aspect. Plus précisément, 7 des 11 intervenantes (63,63 %) ont noté des impacts négatifs sur leur habileté à évaluer la dangerosité suicidaire / homicidaire, comparativement à huit intervenantes (72,72 %) pour les impacts positifs. L'intensité des impacts négatifs et positifs rapportés est similaire, étant d'intensité légère à modérée (l'intensité varie de 1,18 à 1,36).

Un premier des impacts négatifs rapportés est la diminution de la confiance dans leur habileté à évaluer la dangerosité suicidaire et homicidaire, mais cette diminution peut toutefois être « temporaire » et dans certains cas être suivie d'une augmentation. Une intervenante explique que cette diminution de confiance se manifeste particulièrement face aux dires du client : « J'ai parfois tendance à ne plus croire les gens, à me méfier d'eux et de leurs réponses. » Pour d'autres, le premier réflexe sera de surévaluer la dangerosité suicidaire ou encore de réagir trop rapidement face à des propos suicidaires.

Au sujet des impacts positifs, quelques intervenantes accordent une plus grande attention aux propos suicidaires de leurs clients, aux éléments de risques suicidaires (p. ex., antécédents suicidaires), aux rémissions spontanées ou aux attitudes non verbales du client. Dans certains cas, il est difficile de savoir si les impacts sont positifs ou négatifs comme lorsqu'une intervenante indique qu'elle est « prête à toute intervention pour ne pas avoir à revivre ces événements ».

**Leur façon d'intervenir, le style et l'approche des intervenantes.** Sept des dix intervenantes (70 %) ayant répondu à cette question mentionnent des impacts positifs sur cet aspect avec une intensité de légère à modérée (intensité de 1,30). Seulement 2 des 10 intervenantes (20 %) rapportent des impacts négatifs, tous d'intensité légère (moyenne d'intensité de 0,2).

Des intervenantes ont décidé de maintenir leur façon d'intervenir, leur approche et leur style à la suite du suicide. Trois intervenantes expliquent que l'événement n'a eu aucun impact sur cet aspect. Deux de ces intervenantes admettent toutefois avoir eu des « remises en question » à la suite du suicide, mais il semble qu'après réflexion, elles ont décidé de ne rien changer à leur façon d'intervenir : « Je demeure convaincue que notre approche est la bonne pour la majorité des clients. » Pour une intervenante, l'événement a contribué à une validation de sa façon de travailler : « Le fait que j'avais bien fait les choses – c'est-à-dire que j'avais pris la peine de présenter la travailleuse sociale qui me

remplaçait pendant mes vacances à ma cliente – cela m’a réconfortée, cela m’a aidée à gérer la situation.».

D’autres intervenantes ont effectué des changements. L’une d’entre elles affirme prendre « plus de risques », sortir des sentiers confortables pour maximiser son intervention ». D’autres sont « plus proactives », font « plus d’ajustements » dans leur intervention ou encore elles suivent des « formations » et se sont inscrites à de la « supervision ».

**Leur habileté à gérer des situations de crises suicidaires.** Pour cet aspect, 7 des 11 intervenantes (63,63 %) ont noté des impacts positifs pour cet aspect, comparativement à cinq intervenantes (45,45 %) pour les impacts négatifs seulement. L’intensité des impacts négatifs et positifs est légère (l’intensité moyenne varie entre 0,90 et 0,72).

Un premier impact négatif rapporté est la diminution temporaire de la confiance dans leur habileté à gérer des situations de crises suicidaires. Une intervenante explique ceci : « Dans les premiers temps, moins assurée et par la suite une plus grande confiance en moi face à la gestion des situations de crise. » Au sujet des impacts positifs, des intervenantes se disent « plus interventionnistes », se « fier davantage à leur intuition » et effectuer des interventions plus « adaptées aux risques suicidaires ».

**Leur habileté d'être à l'écoute, disponibles et attentives aux clients suicidaires.**

L'intensité des impacts positifs et négatifs sur cet aspect est légère (intensité de 0,3 et 0,9) et 6 des 10 intervenantes (60 %) mentionnent avoir vécu des impacts positifs comparativement à trois intervenantes (30 %) qui elles, soulèvent des impacts négatifs. Peu de commentaires sont exprimés à ce sujet. Des intervenantes sont « encore plus disponibles et à l'écoute » depuis le décès de leur client. Elles portent une plus grande attention aux propos suicidaires. L'une d'elles écrit que « l'ayant vécu », elle « prend au sérieux les clients suicidaires », elle « les écoute ». Une autre a « vécu une période au début » où elle était « hyper vigilante aux propos suicidaires », où elle avait peur quand elle en entendait parler.

**La tenue de dossiers des intervenantes et/ou l'attention qu'elles accordent aux aspects légaux dans leur pratique.** L'analyse des réponses aux échelles d'intensité révèle que pour cette question, 5 des 10 intervenantes (50 %) mentionnent des impacts positifs et trois intervenantes (30 %) des impacts négatifs. L'intensité des impacts positifs et négatifs est légère, soit respectivement une intensité de 0,36 et 0,81.

Depuis l'évènement, deux intervenantes accordent une plus grande attention et sont encore sont plus vigilantes à ce qu'elles écrivent dans leurs notes évolutives : elles sont plus précises et claires au sujet des idées suicidaires et des interventions qu'elles ont effectuées auprès de leurs clients. L'aspect légal a été peu évoqué par les intervenantes.

Une seule intervenante y fait référence en mentionnant être « temporairement plus attentionnée et inquiète que les survivants du suicide puissent tenter des poursuites ».

**Le degré d'investissement émotionnel avec leurs clients suicidaires.** Des intervenantes rapportent que le décès de leur client par suicide a eu comme impacts de diminuer leur investissement émotionnel avec leur client. L'analyse des réponses aux échelles révèle que 4 des 10 intervenantes (40 %) ayant répondu à cette question ont vécu des impacts positifs et quatre (40 %) des impacts négatifs qui sont d'intensité légère (intensité de 0,6 et de 0,4).

Plusieurs intervenantes évoquent une diminution de leur investissement émotionnel avec leur client. Cette diminution est vue positivement par certaines : « Je me suis moins investie émotionnellement, car j'ai compris que cela me nuisait. Et mes interventions ont été aussi bonnes, sinon meilleures. » Quelques raisons sont d'ailleurs évoquées pour justifier cette diminution : « je m'investis un peu moins au niveau émotionnel avec les clients suicidaires pour avoir un recul face à mes interventions »; le désengagement émotionnel « m'apporte un espace thérapeutique plus grand, plus d'espace d'exploration et une recherche plus active de solutions ». Pour une intervenante, cette baisse d'investissement émotionnel est vue négativement : « Je suis plus sur mes gardes, je suis plus froide que je pouvais l'être avant. » D'autre part, une intervenante se dit plus impliquée émotionnellement depuis le suicide de son client : « Parfois, je m'inquiète

trop, mon expérience vient m'insécuriser. Cela dépend des jours et des cas. Cela ne dure pas longtemps, car j'en prends conscience. »

**La gestion de leur horaire de travail ou de leur charge de travail.** Bien que les impacts sur cet aspect sont d'intensité légère (intensité de 0,3 et 0,6), quelques intervenantes rapportent avoir effectué des changements dans la gestion de leur horaire. Parmi les six intervenantes (60 %) ayant soulevé des impacts pour cet aspect, quatre d'entre elles (40 %) indiquent des impacts positifs, alors que deux d'entre elles (20 %) mentionnent des impacts négatifs.

Les changements cités par les intervenantes sont un meilleur respect de leurs limites dans la détermination de leur horaire, un rappel de l'importance de prioriser les cas urgents et un meilleur équilibre des problématiques en traitement. Les deux intervenantes qui ont rapporté des impacts négatifs sur la gestion de leur horaire et leur charge de travail rapportent avoir « un rythme de travail plus lent depuis l'événement » et avoir « réajusté leur rythme de travail à la première semaine, car elle était incapable de suivre l'horaire régulier ». Une intervenante n'ayant rapporté aucun impact sur cet aspect explique par ailleurs ne pas avoir de contrôle sur son horaire de travail.

**La croyance en l'efficacité de la thérapie.** Parmi les dix intervenantes ayant répondu à cette question, trois intervenantes (30 %) rapportent des impacts positifs et

trois intervenantes (30%) notent des impacts négatifs. Les impacts sont d'intensité légère pour cet aspect (intensité de 0,5).

Plusieurs intervenantes expliquent avoir des doutes face à la thérapie ou qu'elle n'est tout simplement pas efficace dans certaines circonstances : « il y a des situations où il y a peu d'espoir et je ne peux rien y changer, le suicide nous le rappelle péniblement ». Deux autres intervenantes sont plus catégoriques et précisent que la thérapie n'est pas efficace pour tous et parfois, elle n'est pas suffisante. Deux intervenantes mentionnent que les facteurs suivants sont nécessaires pour que la thérapie soit efficace soit : l'implication du client dans la thérapie et sa motivation.

**La tendance des intervenantes à avoir recours à l'hospitalisation.** Les résultats montrent que, depuis le décès, une minorité d'intervenantes ont recours plus souvent à l'hospitalisation et qu'elles ont plus tendance à valider leurs interventions auprès de collègues ou de superviseurs. Sur cette question, seulement trois intervenantes (28 %) indiquent des impacts positifs et quatre intervenantes (37 %) notent des impacts négatifs. Dans tous les cas, il s'agit d'impacts d'une intensité légère (intensité de 0,36 et de 0,45).

D'après leurs commentaires, des intervenantes ont maintenant tendance à rechercher les conseils de leurs pairs ou d'un responsable clinique avant de prendre la décision d'hospitaliser un client : « Je vais davantage chercher un avis de mes collègues afin de



ne pas sauter aux conclusions trop rapidement. » Une intervenante déclare avoir recours à l'hospitalisation plus qu'avant, « sans savoir si c'est positif ou négatif. »

Les résultats présentés dans cette section furent tirés de l'analyse des échelles et des commentaires effectués par les intervenantes de l'étude. La prochaine section abordera une discussion sur ces résultats en les mettant en contexte avec ceux des études effectuées sur le même thème. La prochaine section abordera également les forces et les limites de la présente étude ainsi que des pistes pouvant guider les études futures sur le sujet.

## **Discussion**

La présente étude avait pour objectif de mieux comprendre la nature et l'intensité des impacts personnels et professionnels vécus à la suite du décès par suicide d'un client. Douze intervenantes spécialisées auprès d'une clientèle suicidaire ont répondu à un questionnaire comprenant des données quantitatives et qualitatives. Les résultats ont été présentés dans la section précédente; ils seront maintenant discutés à la lumière des écrits scientifiques.

Premièrement, nous reviendrons sur les résultats au test psychométrique IES-R qui révèlent que les intervenantes vivent un haut niveau de stress dans la semaine suivant le suicide. Deuxièmement, les principaux résultats sur la nature et l'intensité des impacts sur la vie personnelle seront abordés, notamment le fait que ces impacts sont surtout négatifs; bien que plusieurs une minorité d'intervenantes ont rapporté des impacts positifs. Troisièmement, les principaux impacts sur la vie professionnelle seront examinés. Ici c'est le contraire puisque les intervenantes notent plusieurs impacts positifs, et peu de négatifs. Quatrièmement, nous discuterons des aspects de la vie personnelle et professionnelle les plus significatifs, c'est-à-dire qui ressortent davantage de l'analyse quantitative ou qualitative. Ces aspects sont la confiance en soi des intervenantes et la croyance de leurs compétences et leur jugement professionnel, les relations interpersonnelles, les difficultés qu'ils éprouvent dans l'exercice de leur métier,

les impacts négatifs à long terme. Enfin, les retombées, des pistes pour les futures recherches, les forces et les limites de l'étude seront examinées.

### **Un haut niveau de stress dans la semaine suivant le suicide**

Cette section aborde les résultats de la version française de l'échelle de l'effet des événements révisée (IES-R).

L'analyse des résultats au test IES-R révèle que la majorité des intervenantes spécialisées auprès d'une clientèle suicidaire ou à haut risque suicidaire de cette étude, soit 9 sur 12 des intervenantes (75 %), présentent une intensité qui suggère la présence de stress aigu chez ces derniers dans la semaine suivant le décès de leur client par suicide.

Ce haut pourcentage de stress aigu est plus élevé que celui rapporté dans les autres études sur le sujet utilisant le IES-R ou encore sa version antérieure, l'IES. La seule étude qui porte sur la perte d'un client par suicide et qui utilise la version améliorée de l'IES-R est celle de Heeb et al. (2011). Parmi les 297 professionnels en santé mentale interrogés, seulement 12 % obtiennent un score qui suggère la présence de stress aigu dans le mois suivant le suicide (Heeb et al., 2011). La moyenne au score total (37,7) à l'IES-R de notre étude est près de trois fois plus élevée que celui obtenu dans cette étude.

Chemtob et al. (1988a) utilisent la version antérieure de l'IES-R, soit l'IES, la durée visée par la mesure est de deux semaines suivant l'évènement. Cette étude arrive à des scores plus élevés que Heeb et al. (2011), avec 49 % des psychologues qui présentent des symptômes de stress aigu. Ces scores demeurent toutefois 1,5 fois moins élevés que les 75 % que l'on retrouve dans notre étude.

Ces comparaisons suggèrent que les intervenantes spécialisées en intervention suicidaire présentent une intensité importante de stress dans la semaine suivant le suicide. La durée de la mesure (p. ex., une semaine, deux semaines, un mois), qui varie d'une étude à l'autre, peut expliquer cette différence. Une relation inverse significative fut observée par McAdams et Foster (2000) entre le temps écoulé depuis l'évènement et le niveau de stress noté par les intervenants à l'IES, l'intensité de stress rapportée diminuant avec le temps. Cela peut expliquer que l'intensité observée dans notre étude dans la semaine suivant l'évènement soit plus élevée que celle d'autres études où la durée visée par la mesure est plus grande (p. ex., deux semaines ou un mois suivant l'évènement).

Tout comme d'autres études sur le sujet utilisant l'IES-R ou l'IES (Heeb et al., 2011; Chemtob et al., 1988a; Chemtob et al., 1988b; Chemtob et al., 1989; Cryan et al., 1995; Goodman, 1995; Henry, 2006; Horn, 1995; Kleespies et al., 1990; Kleespies et al., 1993; McAdams & Foster, 2000; Pieter et al., 2003), la sous-échelle de reviviscence est celle qui contribue le plus au score total au IES-R. Cela signifie que les réactions de stress

éprouvées par les intervenants se manifestent majoritairement par des pensées intrusives (p. ex., cauchemars) en lien avec l'événement. Dans un degré moindre, les intervenants peuvent manifester l'intensité de leur stress par de l'évitement (p. ex. : ne pas vouloir y penser) ou encore par de l'hyperactivation (p. ex. : hypervigilance, irritabilité). Encore une fois, ces conclusions doivent être prises avec prudence étant donné la variation des temps de mesure du IES-R, mais aussi le nombre restreint d'intervenantes faisant partie de notre échantillon ( $N = 12$ ).

Le haut pourcentage d'intervenantes de l'étude présentant un niveau élevé de stress dans la semaine suivant le suicide pourrait-il s'expliquer en partie par la composition de l'échantillon? Notre population est composée d'intervenantes de sexe féminin, uniquement. Des auteurs suggèrent que les professionnels réagissent différemment, selon le sexe, au décès par suicide de leur client; les femmes ont tendance à réagir plus intensément que les hommes (Grad & Michel, 2005 ; Hendin et al., 2004; Henry et al., 2008). Dans l'étude de Hendin et al. (2004), les intervenantes de sexe féminin sont près de deux fois plus à risque d'éprouver une détresse sévère à la suite du suicide de leur client comparativement à leur confrère masculin. Dans l'étude de Henry et al. (2008), les intervenantes de sexe féminin obtiennent des scores plus élevés à l'IES (version antérieure à l'IES-R) dans le premier mois après le décès d'un client, qui s'accompagnent d'impacts initiaux plus intenses sur leur pratique professionnelle. À titre d'exemple, les femmes présentent une tendance accrue à prescrire l'hospitalisation des patients suicidaires, un sentiment accru d'impuissance lors de l'évaluation ou du

traitement des patients suicidaires et elles consultent plus fréquemment leurs collègues et leur superviseur comparativement aux hommes (Henry et al., 2008). Selon ces deux études, il est probable que la composition de notre échantillon – composé uniquement de femmes– puisse influencer nos résultats dont l'intensité de stress est plus élevée que dans d'autres études sur le sujet. Nos résultats ne peuvent certainement pas être généralisés à l'ensemble des intervenants spécialisés auprès d'une clientèle suicidaire sans tenir compte qu'ils représentent un portrait partiel de la réalité des intervenants.

Enfin, l'intensité des réactions pourrait être expliquée par la présence d'un biais de sélection. Gill (2012), dans une revue des études sur le thème de la perte d'un client par suicide, explique que les participants qui choisissent de participer aux études qualitatives sur ce thème sont généralement ceux qui ont fait l'expérience de plus d'impacts négatifs à la suite du suicide. Dans notre étude, les intervenantes qui ont décidé de répondre au questionnaire pourraient être celles qui ont été les plus touchées par la réalité du suicide d'un client et qui, en conséquence, présentent des intensités plus élevées de stress que les autres intervenants.

### **Impacts sur la vie personnelle**

Cette section réfère aux résultats de la partie du questionnaire mesurant la nature et l'intensité des impacts du décès par suicide d'un client. Se basant sur les dix aspects de leur vie personnelle, ces résultats montrent que les intervenantes sont éprouvées sur le

plan personnel, car elles vivent plusieurs impacts négatifs, mais qu'une minorité de celles-ci connaissent des répercussions tout de même positives.

### **Les intervenantes éprouvées sur le plan personnel**

Les résultats de la présente étude montrent que la sphère personnelle des intervenantes de l'étude est touchée principalement de façon négative par le suicide de leur client. En effet, pour 9 des 10 (90 %) aspects de la vie personnelle évalués dans cette section, la moyenne d'intensité des impacts négatifs rapportés par les intervenantes est plus grande que celle des impacts positifs. Le seul aspect à être vu positivement est les relations interpersonnelles. Les impacts négatifs les plus importants mentionnés par les intervenantes de notre étude sont la perte de leur confiance en eux-mêmes, le fait d'éprouver des émotions négatives variées dans leur quotidien, une diminution de leur capacité à séparer leur vie personnelle et de leur vie professionnelle, une baisse de leur qualité de vie, la présence de différents symptômes physiques et des difficultés de sommeil.

Ces résultats concordent avec ceux des recherches sur le même thème, qui rapportent des impacts de nature négative pour les mêmes aspects. Par exemple, Alexander et al. (2000), McAdams et Foster (2000) et Sanders, Jacobson et Power (2005) soulignent qu'à la suite de la perte d'un client par suicide, les intervenants éprouvent des problèmes de sommeil, une plus faible capacité à s'adapter aux problèmes de la vie quotidienne, une diminution de l'estime de soi, des difficultés à séparer la vie personnelle de la vie



professionnelle ainsi que des signes de stress physiques. Tout comme dans notre étude, Hendin et al. (2000), Ting et al. (2006), Wurst et al. (2011) indiquent des impacts sur l'humeur et les sentiments éprouvés par les intervenants dans leur quotidien à la suite du décès : des sentiments de colère, de tristesse, de culpabilité, d'anxiété et d'impuissance.

À notre connaissance, les impacts sur la consommation d'alcool et de drogues n'ont pas été étudiés dans les recherches antérieures sur la perte d'un client par suicide. Notre étude conclut que cet aspect de la vie personnelle est peu touché par le suicide d'un client. Seulement deux intervenantes (17 %) ont mentionné que le décès par suicide de leur client a eu des impacts négatifs sur leur consommation d'alcool et de drogues qui furent tous deux qualifiés d'intensité légère. Mais, si une minorité d'intervenantes de notre échantillon ont recours à la consommation de substances à la suite du suicide, cela s'explique probablement par sa composition exclusivement féminine. Les hommes sont plus nombreux à utiliser cette stratégie d'adaptation (ou d'auto-médicamentation) lorsqu'ils vivent des moments difficiles.

**La vie personnelle contaminée par les émotions et les pensées reliées à l'événement.** Les données qualitatives de notre recherche apportent des précisions quant aux facteurs qui peuvent expliquer les résultats quantitatifs obtenus au sujet des impacts négatifs du décès par suicide sur la vie personnelle. Plusieurs intervenantes mentionnent que les pensées et les émotions en lien avec l'événement affectent négativement leur capacité à séparer leur vie personnelle de leur vie professionnelle, leur qualité de vie,

leur qualité de sommeil, la gestion des problèmes de leur vie quotidienne et l'humeur et les sentiments éprouvés dans la vie quotidienne. Notamment, leur esprit semble envahi de pensées en lien avec le suicide au point où elles sont moins disponibles à accomplir les tâches de leur quotidien.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude de Ting et al. (2006) qui indiquent que certaines intervenantes sont préoccupées à propos de la personne décédée, qu'ils ont de la difficulté à faire la séparation entre leur vie personnelle de leur vie professionnelle au point où leur santé mentale est touchée. Cette réalité est cohérente avec le fait que les réactions de stress à la suite du suicide, tel que mesurées rétrospectivement par l'IES et l'IES-R, se manifestent majoritairement par des pensées et des émotions intrusives en lien avec l'événement (Heeb et al., 2011; Chemtob et al., 1988a; Chemtob et al., 1988b; Chemtob et al., 1989; Cryan et al., 1995; Goodman, 1995; Henry, 2006; Horn, 1995; Kleespies et al., 1990; Kleespies et al., 1993; McAdams & Foster, 2000; Pieter et al., 2003). La vie personnelle des intervenants se trouve donc en quelque sorte contaminée par le caractère intrusif de ces pensées et émotions.

### **La résilience des intervenantes face au suicide**

Malgré la prégnance des impacts négatifs sur la vie personnelle, l'analyse des commentaires des intervenantes de notre étude permet tout de même de constater que le décès par suicide a provoqué des effets positifs pour plusieurs intervenantes. À titre d'exemple, 11 des 12 intervenantes (92 %) rapportent des impacts positifs sur la relation

avec les membres de leur famille. Aussi, depuis l'évènement, certains ont une plus grande envie de profiter de la vie ou ils réussissent à faire une plus grande séparation entre leur vie personnelle et professionnelle. Peu d'études concluent à des impacts positifs sur le plan personnel. Toutefois, Munson (2009) montre que les intervenants peuvent aller au-delà de la perte de leur client par suicide en étant résilients sur le plan personnel, et ainsi être en mesure d'apprécier davantage leur vie. Comme le souligne un intervenant cité dans Rycroft (2005), sa propre expérience en lien avec le suicide d'un client a provoqué des questionnements personnels qui l'ont amené à être plus en contact avec ses valeurs personnelles profondes.

### **Impacts sur le plan professionnel**

Cette partie discute des résultats de la quatrième et dernière section du questionnaire qui portent sur la nature et l'intensité des impacts professionnels. Les résultats les plus notables sont le fait que l'évènement représente une source d'apprentissage pour plusieurs intervenantes, mais qu'il engendre des impacts négatifs sur le plan de la croyance en leurs compétences et leur jugement professionnel et sur leur vécu émotionnel au travail.

### **Le décès par suicide : une source d'apprentissages pour plusieurs intervenantes**

Selon l'analyse des réponses, toutes les intervenantes ont rapporté à la fois des impacts positifs et des impacts négatifs dans l'un ou l'autre des aspects de la vie professionnelle. Inversement à ce que l'on retrouve sur le plan personnel, l'intensité des

impacts positifs est plus importante que celle des impacts négatifs pour 12 des 16 (75 %) aspects évalués. Cependant, pour quelques aspects, les écarts entre les moyennes d'impacts sont minimes. Les impacts positifs les plus importants touchent la connaissance des limites personnelles, la capacité d'exercer le métier, la relation avec les collègues de travail, la croissance professionnelle, l'acceptation de la réalité du suicide d'un client, l'habileté à évaluer la dangerosité suicidaire / homicidaire et l'approche, le style et la façon d'intervenir. Pour ces aspects, l'intensité des impacts positifs rapportés est de légère à modérée. Il en est de même dans l'étude d'Henry (2006) où la majorité des intervenants (soit 99 % des 125 intervenants) ont ressenti des impacts d'une intensité légère à modérée sur leurs pratiques professionnelles dans le mois suivant le décès de leur client.

À notre connaissance, deux aspects ont été peu étudiés dans les recherches antérieures, soit le degré d'investissement émotionnel avec les clients suicidaires et l'habileté d'être à l'écoute, disponible et attentive à ceux-ci. Le décès par suicide semble avoir peu d'impacts sur ces aspects, les impacts positifs et négatifs étant d'intensité légère ou encore absents. Les commentaires qualitatifs révèlent tout de même qu'une minorité d'intervenantes vont diminuer leur investissement émotionnel et seront plus disponibles et à l'écoute de leurs autres clients suicidaires à la suite du suicide d'un de leur client.

L'analyse des commentaires qualitatifs permet de mieux comprendre la nature de ces impacts positifs. À la suite du suicide, les intervenantes effectuent des apprentissages variés en lien avec leur profession, acquièrent une meilleure connaissance de leurs limites personnelles, sont plus sensibles et acceptent mieux la réalité du décès par suicide dans la pratique professionnelle, sont plus interventionnistes dans l'évaluation de la dangerosité suicidaire/homicidaire et plusieurs décident de maintenir leur approche, leur style et leur façon d'intervenir.

Nos résultats confirment que plusieurs intervenants sont en mesure de s'adapter à l'événement et d'utiliser l'expérience du décès par suicide de façon constructive (Ruskin et al., 2004; Henry, 2006; Munson, 2009; Thomyangkoon & Leenaards, 2008). De même, certaines intervenantes de l'étude de Sander et al., (2005) mentionnent que le décès par suicide de leur client fut une excellente source d'apprentissage, cela les a obligés à prendre du recul sur leur pratique et à se questionner sur leur carrière, leurs valeurs, leurs standards. Selon Gutin, McGann et Jordan (2010), les apprentissages peuvent inclure une meilleure connaissance de la problématique du suicide et des interventions optimales avec les personnes suicidaires. Dans notre étude, les intervenantes ont acquis des connaissances générales (p. ex. : meilleure connaissance du processus du deuil, des troubles de personnalité, etc.), une meilleure compréhension de la thérapie ou encore une meilleure distinction entre ce qui appartient à l'intervenant et ce qui appartient à la personne suicidaire. Ting et al., (2006) soulignent également que certains intervenants en viennent à avoir une meilleure connaissance de leur limite

professionnelle à la suite du suicide de leur client. Ces intervenants prennent conscience, qu'en tant que professionnels, ils n'ont pas le pouvoir de prévenir tous les suicides et que cette réalité fait partie des risques du métier. Quant à Brown (1987), il indique que les intervenants plus expérimentés seraient davantage en mesure de voir le suicide d'un client comme faisant partie des limites de la thérapie plutôt que comme étant une preuve de leur propre incompétence.

La présence d'une intensité d'impacts positifs plus importante que celles des impacts négatifs pour la majorité des aspects de la vie professionnelle pourrait-elle être expliquée par la composition de l'échantillon d'intervenantes spécialisées auprès d'une clientèle suicidaire? Dans son étude, Munson (2009) explique que le nombre d'heures travaillées auprès des gens suicidaires est associé positivement à la croissance post-traumatique des intervenants qui vivent le décès de l'un de leurs clients. À cet effet, peut-on penser que les intervenants spécialisés auprès d'une clientèle suicidaire (qui ont en moyenne 6,6 années d'expérience auprès de ce type de clientèle) en retirent d'autant plus de bénéfices parce qu'ils ont travaillé significativement plus d'heures auprès de gens suicidaires que des intervenants non spécialisés? Comme le souligne Henry (2006), par ces expériences auprès de suicidaires, les intervenants sont possiblement davantage en mesure d'anticiper l'éventualité de l'événement, de réévaluer leurs attentes, d'ajuster leur idéal thérapeutique, et de se sentir moins responsables. Même si l'expérience du décès par suicide ne les a pas mises à l'abri des impacts négatifs sur le plan personnel, cette expérience semble les avoir aidés à retirer plusieurs éléments positifs. Comme le

souligne Tedeschi et Calhoun (2004), il est possible de vivre à la fois une détresse élevée à la suite d'un événement traumatique ou stressant tout en retirant des bénéfices.

### **Le suicide affecte le sentiment de compétence et le jugement professionnel**

Les intervenantes de notre étude rapportent des impacts négatifs d'intensité légère en moyenne pour la majorité des aspects évalués (12 des 16 aspects). Toutefois, deux aspects se démarquent avec des moyennes d'intensité plus élevée que les autres : la croyance en leurs compétences et leur jugement professionnel (moyenne d'intensité de 1,81) et leur vécu émotionnel au travail (1,63). Ces aspects seront abordés plus en détail dans la section qui suit.

### **Au cœur de la perte d'un client par suicide**

Des aspects incontournables de la vie personnelle et professionnelle seront discutés plus en profondeur dans cette section. Ces aspects correspondent aux thèmes les plus importants de l'analyse thématique et quantitative des parties de 3 et 4 du questionnaire. Nous traiterons de l'effet du suicide sur la confiance en soi et la croyance en ses compétences et son jugement professionnel, des relations interpersonnelles, des difficultés éprouvées par les intervenantes dans l'exercice de leur métier, ainsi que des impacts négatifs à long terme.

### **Les doutes touchent la confiance en soi et la croyance en ses compétences**

Les résultats de notre étude suggèrent que le décès d'un client par suicide touche de façon importante la confiance en soi des intervenantes et leur croyance en leurs compétences et leur jugement professionnel. Parmi l'ensemble des aspects évalués, ces deux aspects sont ceux où l'intensité des impacts négatifs est la plus élevée avec des moyennes d'intensité de modérée à importante. L'analyse qualitative des commentaires révèle que les intervenantes en viennent à remettre en question les interventions effectuées avec le client décédé, leurs compétences et même leur choix de carrière. Sur des thèmes connexes, plusieurs études arrivent à la conclusion que le décès d'un client par suicide a des impacts importants sur l'estime de soi et le sentiment de compétence des intervenants (Ellis & Patel, 2012; Hendin et al., 2000; Dewar et al., 2000; Ting et al., 2006). McAdam et Foster (1999) rapportent des impacts d'une intensité légère à modérée sur la perte de l'estime de soi dans les deux semaines suivant l'événement. Dans leur étude, Hendin et al. (2000), 42 % des intervenants se disent habités par des doutes personnels et 25 % admettent avoir le sentiment d'avoir été inadéquats.

**La confiance en soi et l'identité ébranlées par le décès par suicide.** La confiance en soi des intervenantes sur le plan personnel est touchée par le décès par suicide. En fait, même si cet événement survient au travail, c'est toute l'identité de l'intervenant qui en est affectée. Des facteurs culturels généraux peuvent expliquer cette réalité.



Otero (2012) suggère que le travail joue un rôle d'identificateur social important dans notre société; il est au cœur de notre identité. À titre d'exemple, lorsque nous nous faisons demander qui nous sommes, nous répondons souvent par notre profession (Otero, 2012). C'est le cas des professionnels en santé mentale, pour qui le rôle de soignant ou « être celui qui soigne (*healer*) » constitue une partie majeure de leur identité (Friedman & Kaslow, 1986). Comme le suicide d'un client est en opposition avec cette idée de « soigner », les intervenants sont amenés à vivre des réactions intenses, voire une crise existentielle, à la suite du suicide de leur client (Gill, 2012). D'autre part, si on se fie à Gill (2012), plus la définition de l'identité d'une personne repose uniquement sur un domaine précis (c'est le cas des intervenants qui se spécialisent dans le domaine du suicide), moins ce dernier sera en mesure d'être résilient face aux circonstances pénibles et aux émotions négatives qu'elles engendrent.

Otero (2012) ajoute que l'individualisme qui caractérise notre société fait en sorte qu'on se croit responsable de ce qui nous arrive, notamment quand les choses vont plutôt mal (Otero, 2012). À l'opposé, une société collectiviste ne tient pas les individus comme responsables des événements, ils reposent sur l'ensemble de la communauté. L'individualisme est donc une raison de plus pour que des intervenants se sentent coupables et vivent des émotions intenses au sujet d'un suicide dont la cause peut provenir de différentes sources.

Enfin, l'époque actuelle est axée sur de hautes exigences dans la sphère professionnelle. Ellis et Patel (2012) expliquent que les impacts négatifs à la suite du décès d'un client par suicide sont souvent associés à la perception de standards élevés de performance; perception qui est d'autant plus présente chez les intervenants perfectionnistes. Ces standards de performance créent une pression supplémentaire : la compétence est jugée en fonction du résultat et, si le résultat est un décès, la compétence est automatiquement considérée négativement. En somme, dans le contexte social actuel, étant donné l'aspect individualiste et les standards élevés de performance, les intervenants ont tendance à se tenir personnellement responsables pour le suicide en mettant l'accent sur l'issue négative (le décès) de leur intervention.

**Le décès par suicide et les nombreuses remises en question.** Dans leurs commentaires, plusieurs intervenantes interrogées précisent qu'elles remettent en question les interventions qu'elles ont effectuées auprès du client décédé. Elles cherchent « une erreur, quelque chose qui pourrait expliquer le suicide », « qu'elles n'auraient pas vu », ou encore elles se demandent « ce qu'elles auraient pu faire de plus ». Ces remises en question sont également évoquées dans d'autres études (Hendin et al., 2000; Ellis & Patel, 2012; Thomyangkoon & Leenars, 2008; Valente, 1994). Parmi les 94 intervenants de l'étude de Thomyangkoon et Leenars (2008), plus de 95 % admettent qu'ils révisent de façon persistante leur intervention auprès du client décédé et cela à la recherche d'erreurs commises. Dans une revue des écrits scientifiques sur le décès par suicide d'un client, Valente (1994) souligne que, peu importe les circonstances

du suicide du client, les intervenants accordent beaucoup d'importance aux détails, au contexte et au sens du suicide, tentant de comprendre leur responsabilité dans le suicide.

Les remises en question des interventions et les doutes qui les provoquent ont pour but de déterminer le rôle que les intervenants ont pu jouer dans l'évènement. Quelques auteurs (Veilleux, 2011; Ellis & Patel, 2012) soulignent que le fait de chercher à comprendre le contexte du suicide et de faire une analyse des interventions est essentiel et figure parmi les besoins des intervenants à la suite du suicide. Cette analyse permettrait aux intervenants de détecter les erreurs qu'ils ont commises, de mieux saisir la signification du suicide et de faciliter leur adaptation à l'évènement (Ellis & Patel, 2012). Le fait que les intervenantes de notre étude se questionnent sur leurs interventions fait donc partie d'un processus qui semble aller de soi.

**Des jugements sévères envers soi et ses interventions.** Les jugements que portent les intervenantes envers leurs interventions auprès du suicidé peuvent être sévères. Certaines d'entre elles considèrent que le suicide était « de leur faute », qu'« elles n'avaient rien vu venir » et qu'elles auraient dû le prévoir, elles se jugent de « mauvaises intervenantes ». De telles autocritiques négatives envers soi sont également rapportées dans d'autres études. Dans une recension des écrits, Ellis et Patel (2012) fournissent des exemples de pensées marquées par des jugements négatifs que certains intervenants expriment à la suite du suicide. À titre d'exemple, les auteurs soulignent qu'un intervenant peut se considérer comme étant complètement incompetent et être

persuadé d'être intervenu inadéquatement auprès du client suicidé puisqu'il n'a pas empêché le suicide (Ellis & Patel, 2012).

Les jugements sévères des intervenantes de notre étude sont-ils influencés par l'intensité émotionnelle qu'elles vivent à la suite du suicide qui créerait des biais dans la perception qu'elles ont de leurs interventions? L'analyse de leurs réponses montre que le décès d'un client par suicide affecte négativement le vécu émotionnel de la majorité des intervenantes. Sur l'ensemble des aspects professionnels évalués, celui du vécu émotionnel fait partie des deux aspects (avec celui sur la croyance en ses compétences et son jugement professionnel) où les impacts négatifs sont les plus importants, avec une intensité modérée à importante. Les analyses qualitatives indiquent que les intervenantes éprouvent des émotions liées à la tristesse, l'anxiété, la culpabilité, la peur ou l'hostilité. Des études notent également que les intervenants vivent une anxiété accrue en lien avec le travail auprès des clients suicidaires (Goodman, 1996; Henry, 2006), une peur de la réaction de la famille ou des collègues (Thomyangkoon & Leenaards, 2008; Hendin et al., 2000) et un sentiment de culpabilité (Gitlin, 1999).

Ellis et Patel (2012) soulignent que de fortes réactions émotionnelles à la suite du suicide d'un client sont associées à des distorsions cognitives chez les intervenants. Ces distorsions cognitives peuvent biaiser leur jugement (p. ex. : raisonnement émotif, personnalisation, abstraction sélective (c'est-à-dire porter son attention uniquement sur ses erreurs)) (Ellis & Patel, 2012). Son « raisonnement émotif » peut amener un

intervenant qui ressent de la culpabilité à penser qu'il est véritablement coupable de la situation. Des distorsions cognitives sont rapportées par Giltin (1999) qui analyse l'expérience d'un intervenant à la suite du suicide de son client. Ce dernier, en raison de son sentiment de culpabilité, s'est rappelé ses interventions de manière erronée, en les considérant plus inadéquates qu'elles ne l'étaient en réalité.

Dans son étude, Horn (1994) explique que les différences entre les réactions des intervenants à la suite du suicide d'un client sont influencées par leurs schémas (croyances ou attentes à propos d'eux-mêmes, de leur client et de leur rôle). Par exemple, un intervenant qui voit son rôle comme celui d'un sauveur percevrait le suicide de son client comme un échec, alors que celui qui voit son rôle comme un guide ou un intervenant bienveillant n'aurait pas tendance à se culpabiliser autant. Comme le souligne pour leur part Gutin et al. (2010), les intervenants en santé mentale croient qu'en étant formés adéquatement et de manière compétente, ils seront en mesure de diminuer la souffrance de leur client et d'assurer leur sécurité. À la suite du suicide d'un client, certains intervenants reconsidèrent de telles croyances alors que d'autres vont malheureusement avoir tendance à se tenir responsables ou insuffisamment compétents.

### **Des expériences complexes avec les proches et les collègues**

Bien que pour une minorité des intervenantes de notre étude, le décès par suicide a miné leurs relations interpersonnelles, la plupart ont toutefois reconnu que l'évènement a eu des impacts positifs. La plupart des intervenantes soulignent que les membres de

leur famille, de leur réseau ainsi que leurs collègues de travail furent présents et empathiques à la suite du suicide. Plusieurs recherches rapportent également des impacts positifs sur les relations interpersonnelles tel que le fait que les intervenantes consultent davantage leurs collègues et vont chercher davantage de soutien de leur part à la suite du décès (Chemtob et al., 1988, McAdam & Foster, 2000; Gulfi et al., 2010; Ting et al., 2006).

McAdam et Foster (2000) rapportent des impacts d'intensité modérée sur la tendance des intervenants à consulter leurs collègues. Dans son étude, Henry (2006) a questionné les intervenants sur les sources de soutien qu'ils ont utilisées à la suite du suicide de leur client. Les résultats révèlent que les intervenants obtiennent un soutien social élevé de la part de leur entourage. Les résultats de notre étude suggèrent une intensité plus élevée d'impacts positifs sur leur relation avec les membres de leur famille et avec leurs collègues de travail comparativement à leur relation avec les membres de leur réseau social. Aucune distinction n'est faite dans les études recensées à ce sujet.

L'aspect des relations interpersonnelles est un bel exemple qui connaît à la fois des impacts positifs et négatifs. Des intervenantes mentionnent avoir vécu des expériences négatives dans leurs relations interpersonnelles. Si certaines d'entre elles reçoivent du soutien de leur entourage, d'autres sont marquées par l'absence de ce soutien et le sentiment de ne pas être comprises. De telles expériences négatives sont également rapportées dans des recherches (Darden & Ruttter, 2011; Hendin et al., 2000; Ruskin et

al., 2004; Sanders et al., 2005). Comme dans notre étude, McAdams et Foster (1999) révèlent des impacts négatifs de faible intensité sur la relation avec les collègues ou les proches, à la suite du suicide. Pour leur part, Darden et Ruttter (2011) ont interrogé six intervenants à l'aide d'entrevues individuelles sur l'expérience vécue à la suite du décès par suicide de leur client. Un intervenant de l'étude mentionne avoir perçu une incompréhension de la part de sa famille après le suicide. Pour sa part, Hendin et al. (2004) relatent qu'un intervenant de leur étude s'est senti blâmé par le responsable clinique de l'institution dans laquelle il travaillait; cette réaction peut être un facteur explicatif de la détresse élevée chez des intervenants.

Ces résultats parlent du rôle important du soutien social dans l'adaptation des intervenants à la suite du suicide d'un client (Schultz, 2005). D'une part, lorsque les réactions des collègues sont perçues positivement, elles peuvent les aider à surmonter plus rapidement l'épreuve. D'autre part, l'absence de soutien et la présence de réactions négatives contribuent au sentiment d'isolement (Schultz, 2005). Pour une intervenante de notre étude, les réactions des collègues sont même qualifiées de « traumatisantes ». Dans un chapitre portant sur les impacts du suicide d'un client, Gutin et al. (2010) avancent que ces réactions négatives incitent les intervenants à douter de la pertinence de partager cette expérience avec leurs collègues. Ils sont alors moins susceptibles de demander de l'aide extérieure, telle que la supervision.

De plus, encore selon Gutin et al. (2010), ces réactions négatives pourraient être associées à la culture sociale de « condamnation » du suicide. Les intervenants deviennent des « victimes » de cette culture. Certains collègues de travail ou proches du défunt vont juger l'intervenant comme incompetent et coupable du suicide. Ces réactions négatives sont aussi « défensives », dans le sens qu'elles viennent confronter la vision qu'ils ont d'un intervenant omnipotent et toujours en contrôle de ses émotions. En ce sens, si un intervenant est très affecté par le suicide de son client, ses collègues pourront considérer sa réaction comme exagérée.

### **Des difficultés dans l'exercice de leur profession**

Après le décès par suicide, la majorité des intervenantes croient encore en leur capacité d'exercer leur métier, mais certaines d'entre elles éprouvent des difficultés temporaires à effectuer leurs tâches professionnelles quotidiennes. Neuf des 11 intervenantes (81,2 %) rapportent des impacts positifs sur leur capacité à exercer leur métier comparativement à sept intervenantes (63,64 %) qui notent des impacts négatifs. L'intensité de ces impacts est de légère à modérée (moyenne de 1,81 et 1,18).

Les données qualitatives révèlent qu'une intervenante a arrêté temporairement de travailler auprès de clients suicidaires en prenant quelques jours de congé et en réaménageant ses tâches professionnelles. De façon similaire, Goodman (1995) souligne que près de 78,9 % des 229 intervenants de son étude mentionnent que le suicide de leur client a eu des impacts sur leur habileté à exercer leur métier dans les deux semaines



suivant l'événement. Bien que ces impacts soient d'une intensité légère, 11,8 % des intervenants ont tout de même annulé des rendez-vous et pris des jours de congé à la suite du suicide.

Des intervenantes de notre étude ont des difficultés à trouver l'énergie suffisante pour accomplir leurs tâches ou encore elles adoptent un rythme de travail plus lent. Ces impacts sont en lien avec le fait que la plupart d'entre elles, plus précisément 9 des 12 intervenantes (75 %), manquent de sommeil à la suite du suicide de leur client. Elles se plaignent d'une diminution de leur qualité de sommeil (difficultés à s'endormir ou à se réveiller ou des cauchemars pendant la nuit). Des problèmes de sommeil sont également observés dans plusieurs autres études (Alexander et al., 2000; Dewar et al., 2000; Moody, 2010; Ting et al., 2006). À titre d'exemple, un intervenant de l'étude de Hendin et al. (2000) raconte que ses cauchemars sont en lien avec d'éventuelles poursuites des proches du client décédé.

Les difficultés à s'endormir, à se réveiller et les cauchemars ont évidemment des répercussions sur le fonctionnement au travail. Dans une méta-analyse sur l'influence de la privation de sommeil sur la performance, Pilcher & Bradley (1996) expliquent qu'à court-terme, les fonctions cognitives et émotionnelles de l'organisme sont affectées. Les difficultés de sommeil entraînent également des difficultés de productivité (Manocchia, Keller, & Ware, 2001). Ces études aident à comprendre qu'il est « normal » en quelque sorte que les intervenantes de notre étude, comme les autres intervenants ayant vécu le

décès par suicide de leur client, aient du mal à récupérer physiquement et ressentent de la fatigue physique et mentale, ce qui affecte leur rendement au travail.

Outre les problèmes de sommeil, le fait que les intervenantes se sentent temporairement submergées par leurs émotions influence aussi leur capacité à exercer leurs tâches professionnelles. Une intervenante de notre étude explique avoir diminué et modifié ses tâches professionnelles afin de retrouver un équilibre émotionnel au travail. Comme le souligne Gutin et al. (2010), lorsque les intervenants sont trop affectés émotionnellement, cela peut nuire à la qualité des soins offerts notamment aux survivants du suicide. Dans un tel contexte, il est bénéfique, voire nécessaire, de réduire le nombre de ses rendez-vous hebdomadaires et d'éviter de prendre de nouveaux clients (surtout ceux dont les cas seraient plus complexes), du moins à court terme à la suite de la perte d'un client par suicide (Gitlin, 2006). Cela est particulièrement pertinent pour les intervenants qui sont fragilisés par la perte d'un client par suicide et qui vivent en plus des bouleversements dans leur vie personnelle. Comme le souligne Schultz (2005), le suicide d'un client peut venir exacerber la détresse émotionnelle déjà présente chez des intervenants qui expérimentent une crise personnelle au moment de l'événement. Ainsi, prendre des jours de congé ou réaménager ses fonctions, comme l'ont fait certaines intervenantes de notre étude, s'avère une réaction adaptée à la situation.

### **Des changements définitifs sur la carrière**

Les difficultés vécues à la suite du suicide, ainsi que de l'intensité émotionnelle des premières semaines, amènent les intervenantes à vivre une expérience pénible dans leur vie professionnelle. Une minorité d'intervenantes soulignent que ces impacts négatifs perdurent ou influencent définitivement leur carrière.

Trois intervenantes de notre étude ont réaménagé leur carrière, deux d'entre elles ont changé d'emploi et une a pris une retraite anticipée. Des études rapportent aussi que des intervenants pensent à prendre une retraite anticipée à la suite du suicide et qu'une minorité a même définitivement abandonné leur carrière (Dewar et al., 2000, Tanney, 1995) ou refusé de travailler à nouveau avec une clientèle suicidaire (Gulfi et al., 2010).

Des intervenantes de notre étude mentionnent que leur décision de changer d'emploi a pu être bénéfique. En effet, à la suite du décès par suicide, elles se sont rendu compte qu'elles sont moins à l'aise de travailler uniquement avec une clientèle suicidaire ou à haut risque suicidaire. Hendin et al. (2006) expliquent que ce travail est complexe et très engageant émotionnellement puisque l'intervenant est en rapport constant avec une grande souffrance. Décider de se spécialiser dans ce type de domaine particulier exige une grande tolérance face à la souffrance et ce choix doit être éclairé. À cet effet, une intervenante de notre étude précise que le fait de ne plus travailler uniquement avec des personnes suicidaires lui permet de « profiter plus pleinement de la vie et vivre moins d'anxiété ». Un tel changement devient positif à la longue, mais pas nécessairement au moment même où l'intervenant vit une période d'émotions intenses. Ainsi, la décision

de quitter son emploi et de prendre une retraite anticipée ne doit pas être prise impulsivement.

### **Retombées de la recherche**

Cette recherche veut encourager l'élaboration de formations visant à mieux préparer les intervenants à faire face au décès d'un client par suicide. Chemtob et al. (1989) soulignaient qu'une formation sur les impacts du suicide d'un patient pourrait avoir une grande influence sur les choix de carrière des intervenants et sur la façon dont ils choisissent de conduire leur pratique. Bien que nos résultats ne peuvent être généralisables et que des recherches plus vastes doivent être entreprises, une telle formation pourrait présenter des résultats comme ceux abordés dans la présente recherche : les impacts personnels et professionnels du suicide d'un client, notamment la présence de stress aigu dans les premières semaines, les difficultés éprouvées dans l'exercice de leur métier, les émotions intenses, les doutes et les remises en question, mais aussi les apprentissages qu'ils en retirent et l'effet sur le rapprochement avec leurs proches et leurs collègues. Cette formation pourrait inclure des informations sur l'aspect légal, les sources de soutien, les interventions auprès des proches survivants ainsi que des lignes directrices sur la gestion de l'événement par le milieu du travail.

À ce jour, les résultats de cette thèse ont d'ailleurs été l'objet d'une présentation auprès d'une trentaine de professionnels en santé mentale de Charlevoix dans le cadre de la semaine de prévention du suicide au mois de février 2012. Le chercheur a

également participé à une table ronde sur le suicide au Grand Forum de la prévention du suicide qui a eu lieu à Trois-Rivières au mois septembre 2012.

Les connaissances issues de cette thèse, tout comme d'autres recherches sur le même sujet, pourraient avoir des retombées sur la pratique professionnelle elle-même des intervenants, en les sensibilisant à la réalité de la perte d'un client par suicide, particulièrement aux impacts personnels et professionnels qu'ils peuvent vivre en étant confrontés à ce type d'événement. Cette sensibilisation peut être l'amorce d'une réflexion au sujet de leurs limites personnelles dans l'exercice de leur profession et leur croyance par rapport à leur rôle en tant qu'intervenant (Moody, 2010). Rappelons que selon Goodman (1995), le choc vécu par les intervenants semble souvent être exacerbé par le sentiment des intervenants de ne pas avoir été préparé à l'évènement. De plus, un manque d'information sur les impacts du décès par suicide d'un client est associé à une probabilité accrue de vivre un stress aigu (Henry, 2006). La publication des résultats de la présente thèse, et les communications qui en feront état pourraient concourir à diminuer l'intensité des réactions vécues par les intervenants.

Pour les intervenants ayant connu le décès par suicide d'un de leur client, les résultats de cette thèse peuvent les aider à objectiver l'expérience qu'ils ont vécue à la suite du suicide. À titre d'exemple, ces intervenants prennent conscience que d'autres partagent une expérience similaire et qu'il est normal de remettre en question sa compétence et de

se sentir bouleversé à la suite du suicide d'un client. Cela pourrait contribuer à diminuer les jugements sévères qu'ils se portent.

Bien sûr, on sait depuis longtemps qu'il faut tenir compte de l'unicité de chaque intervenant afin de mieux le guider. Par contre, les résultats de cette recherche démontrent l'importance de traiter des répercussions les plus courantes. Nous notons que de nombreux impacts sont partagés par plusieurs intervenantes à la suite du suicide d'un client et considérons qu'une formation traitant de ce sujet devrait prendre ces impacts en considération.

Cette étude met à l'avant-plan l'importance de la supervision. Celle-ci peut favoriser le processus d'adaptation des intervenants à la suite du suicide (Gill, 2012). Les superviseurs doivent être à l'écoute des questionnements présents chez les intervenants ayant vécu un tel drame. Les intervenants pour leur part auraient avantage à être accompagnés par une tierce personne afin de dépasser les biais et distorsions cognitives qu'ils peuvent avoir à la suite de cet événement et retrouver une perception plus ajustée de la réalité. Il peut être pertinent de leur rappeler que l'occurrence du suicide d'un client ne signifie pas qu'un mauvais traitement fut donné, qu'une erreur ne signifie pas que l'issue du suicide aurait été différente et que le suicide est causé par une multitude de facteurs (Ellis & Patel, 2012). Comme le suggère Gill (2012), les superviseurs peuvent également adopter une approche proactive afin de réduire les impacts d'un éventuel suicide d'un client en amorçant une discussion avec le supervisé sur la

possibilité de la perte d'un client par suicide et sur les impacts qu'il peut être amené à vivre.

Les retombées sur le milieu de pratique sont nombreuses. Cette étude montre qu'une grande variété d'impacts peut être vécue à la suite du suicide d'un client et que des intervenantes éprouveront des difficultés temporaires à exercer leur métier; ils auront besoin d'en parler et de se sentir compris. Comme le suggère aussi Gitlin (2006), les responsables du milieu peuvent faire des aménagements favorables, par exemple, en réduisant les rendez-vous hebdomadaires ou en limitant le travail auprès des clients ayant une problématique complexe. Enfin, ils pourraient offrir des occasions permettant aux intervenantes de partager leur vécu. En ce sens, le soutien des intervenants ayant vécu le décès par suicide d'un client semble incontournable.

En somme, les retombées de cette étude sont vastes et elles se situent sur les plans de la formation et de la supervision professionnelle, de la pratique elle-même et du milieu institutionnel dans lequel les services d'aide auprès des personnes suicidaires sont offerts.

### **Recherches futures**

Notre recherche devra être reproduite maintes fois avant que ses résultats soient généralisables. Une étude auprès d'un plus grand nombre d'intervenants spécialisés en interventions suicidaires permettrait de confirmer ou d'infirmer notamment la présence de réactions de stress aigu la semaine suivant le suicide, d'impacts majoritairement

négatifs dans la vie personnelle et le fait que la majorité des intervenants sont en mesure de retirer des apprentissages à la suite de l'événement.

Il serait important de réaliser d'autres études auprès d'une population mixte qui comprendrait des hommes et des femmes et permettrait de déterminer s'il existe des similitudes ou des différences dans la nature et l'intensité des impacts entre les genres. D'autre part, il serait également pertinent de comparer nos résultats à ceux d'intervenants non spécialisés et estimer par le fait même si nos résultats reflètent la spécificité d'un groupe d'intervenants spécialisés auprès d'une clientèle suicidaire. L'expérience et l'expertise de ces intervenants leur permettent-elles de se libérer plus rapidement des effets du suicide ou les protègent-elles des impacts négatifs à court ou moyen terme? Une même enquête pourrait être menée auprès des professionnels (médecins, éducateurs spécialisés, infirmières, travailleurs de rue, etc.) qui rencontrent des personnes suicidaires dans le cadre de leur métier.

Plusieurs autres questions restent sans réponse. Qu'est-ce qui fait que des intervenantes sont plus affectées par le suicide d'un client ou que d'autres en tirent des impacts positifs? Une recherche pourrait tenter de mieux comprendre les facteurs qui influencent l'intensité des impacts personnels et professionnels. Les croyances au sujet du rôle de l'intervenant, sa personnalité, le soutien social qu'il reçoit ont-ils un rôle à jouer? Des intervenants en viennent à changer de carrière ou prendre une retraite anticipée, qu'est-ce qui les motive à une telle décision? Celle-ci est-elle prise



impulsivement, au cours des premières semaines, au moment où l'intensité des réactions est plus élevée, ou résulte-t-elle d'un processus de réflexion en profondeur? L'utilisation novatrice de deux échelles (positive et négative) dans notre recherche, nous encourage à poursuivre une réflexion sur les intervenants qui sont en mesure de dégager des retombées positives du suicide afin de déterminer les facteurs qui y sont associés. Comme il serait pertinent de s'attarder à la progression dans le temps des impacts négatifs et positifs, par une étude longitudinale.

Sur le plan de la formation, si les recherches comme la nôtre aboutissent à l'élaboration et la mise en place d'un programme visant à mieux préparer les intervenants à faire face au suicide d'un client, il serait sans doute pertinent d'en évaluer la pertinence sur la pratique professionnelle. Plusieurs recherches concluent que les programmes de formation universitaire ne préparent pas suffisamment les internes à l'éventualité de la perte d'un client par suicide (Dexter-Mazza & Freeman, 2003, Gill, 2012) et que des formations devraient être intégrées dès la formation universitaire. (Henry, 2006; Ellis & Patel, 2012). Nous croyons, comme Gill (2012), que les programmes de formation devraient adopter une approche proactive plutôt que réactive face à cette problématique et qu'ils auraient avantage à mettre de l'avant de telles formations ainsi que de multiplier les interventions publiques à ce sujet, tout comme il faudrait mener des études évaluatives permettant d'en estimer l'importance et la valeur.

Enfin, il serait également pertinent d'élaborer des protocoles de postvention afin de soutenir les intervenants dans les semaines qui suivent l'événement. Des études pourraient évaluer leurs impacts auprès des intervenants touchés et les milieux de travail. La mise en place récente d'un comité sur la prévention du suicide par l'Ordre des psychologues du Québec représente une mesure attendue. Ce comité comprend une équipe de soutien composée de psychologues qui offrent une aide ponctuelle aux psychologues qui ont vécu le suicide d'un client. Elle offre aussi du soutien pour les aider à s'adapter à l'évènement.

### **Forces et limites de la recherche**

Cette recherche présente des forces importantes à mentionner avant de terminer. La première d'entre elles est qu'elle s'est intéressée aux intervenants qui travaillent au quotidien avec une clientèle suicidaire ou à haut risque suicidaire. Ces intervenants se sont donnés comme mandat principal de venir en aide aux personnes suicidaires ou à haut risque suicidaire, c'est devenu en quelque sorte leur « *spécialité* ». Conséquemment, ils ont un plus grand risque de vivre le décès par suicide de leur client. Notre recherche a permis de réaliser qu'ils ne sont pas différents des autres, ils sont marqués (parfois traumatisés) par l'évènement, ils ont des besoins de soutien et de formation. Voilà donc l'une des premières études effectuées au Québec sur le thème de la perte d'un client par suicide et *la* première qui se fait auprès d'une population spécialisée en intervention suicidaire.

Notre recherche présente un portrait détaillé, voire minutieux, qui a été rendu possible grâce à l'utilisation de deux échelles mesurant l'intensité des impacts positifs et négatifs. Cet aspect original apporte une vision plus globale et plus nuancée sur la nature et l'intensité des impacts. Nos échelles rendent compte de la réalité complexe des intervenantes qui peuvent vivre à la fois des impacts négatifs et des impacts positifs pour un même aspect de leur vie personnelle ou professionnelle. Comme le souligne Munson (2009), la croissance post-traumatique et la fatigue de compassion peuvent coexister à la suite de la perte d'un client par suicide. Ainsi, les outils que nous avons utilisés sont un apport sur le plan des connaissances qui sont, de l'avis de Munson, peu documentées dans la recherche sur la présence d'impacts positifs à la suite de l'événement.

Enfin, notre étude permet d'aborder le stress aigu ressenti à la suite de l'événement, mais aussi des impacts sur la vie personnelle et professionnelle des intervenantes. Encore une fois, nous avons pu considérer le lien étroit entre ces deux dimensions (professionnelle et personnelle) de leurs vies ainsi que la profondeur de l'expérience vécue. Cette observation a été rendue possible grâce notamment au format mixte de la méthode, alliant le quantitatif au qualitatif. L'usage des échelles quantitatives a permis de mesurer l'intensité des impacts d'une manière subjective. Les données qualitatives, elles, se sont avérées d'une grande richesse, surtout parce qu'il était question d'aborder un sujet aussi délicat et éprouvant que le suicide. Nos questionnaires ont donné aux intervenantes, l'occasion de partager leurs émotions, leurs doutes, leurs questionnements; somme toute de mettre des mots sur l'expérience du décès par suicide,

d'approfondir leurs propos, de les nuancer et les préciser. Dans le cas notamment où un faible pourcentage d'intervenantes notent des impacts sur les échelles quantitatives ou encore lorsque l'intensité rapportée est légère, l'analyse des commentaires écrits a montré que leur expérience était tout de même à considérer absolument.

Cette recherche présente certaines limites qui doivent être tenues en compte dans les recherches futures. Une première limite est reliée à la petite taille de l'échantillon qui restreint la validité externe des résultats. Des recherches ultérieures auprès de cette même population avec un plus grand nombre de participants permettront de déterminer si les 12 intervenantes de notre étude présentent un bon portrait de l'ensemble des intervenants spécialisés en interventions suicidaires. Étant donné ce nombre de participants, nos résultats aux échelles quantitatives et au test IES-R, ainsi que la comparaison entre ceux-ci et d'autres études sur le même thème ne peuvent être considérés sans réserve.

Une deuxième limite repose sur la composition de notre échantillon uniquement de femmes. Cette limite empêche de généraliser nos résultats à leurs confrères masculins, d'autant plus que des études montrent que les intervenants réagissent différemment selon leur genre, au décès par suicide de leur client (Grad & Michel, 2005; Hendin et al., 2004; Henry et al., 2008). En somme, notre recherche présente un portrait du vécu d'un nombre restreint d'intervenantes face au suicide d'un client.

Une troisième limite concerne le biais de sélection, qui a été mentionné précédemment. Il est possible que les intervenantes qui se sentent plus interpellées par le suicide de leur client ou qui en ont été plus touchées émotionnellement aient aussi été plus enclines à participer à notre recherche, tout comme cela pourrait conduire à une surestimation de l'intensité des réactions. De plus, la nécessité d'utiliser Internet et le courrier électronique a pu freiner certains intervenants moins familiers avec ce type de technologie à s'y impliquer. La longueur du questionnaire et le fait qu'aucune rémunération ne soit donnée aux intervenants pour compenser le temps alloué à leur participation peuvent également avoir influencé le taux de participation à l'étude. En conséquence, il est difficile de déterminer si nos résultats représentent l'expérience des intervenants qui ont refusé d'y participer.

Une quatrième limite repose sur la nature rétrospective du questionnaire auto-administré qui peut entraîner des biais de rappel reliés à la maturation de l'histoire des participants. Cette idée est renforcée par des études qui arrivent à la conclusion que la mémoire des personnes qui ont vécu une expérience traumatisante peut démontrer une inconsistance à travers le temps (Kransley, Gallenger, Weathers, Kutter, & Kaloupek, 2003). Aucune limite de temps depuis le suicide n'a été déterminée dans les critères d'inclusion (afin de contourner les difficultés de recrutement); cela a pu contribuer à ces biais de rappel. À cet effet, d'autres études ont rencontré les mêmes difficultés de recrutement et ont pris des mesures similaires à la nôtre (Munson, 2009).

Une cinquième limite plus spécifique à la formulation de nos résultats est qu'il peut être difficile de distinguer clairement le concept des réactions de celui d'impacts. Dans les recherches recensées, nous observons une confusion dans l'utilisation de ces termes où il est souvent seulement possible de conclure, au bout du compte, que l'une (réactions) vient avant l'autre (impacts), mais que l'on parle de phénomènes indissociables.

Une sixième limite de la thèse se rapporte à la structure du questionnaire qui permettait d'ajouter des commentaires qualitatifs pour justifier les réponses aux échelles des impacts positifs ou négatifs. Bien que cette section constitue un point fort de notre outil de collecte, à certains endroits, les commentaires auraient eu avantage à être clarifiés. L'utilisation d'entrevues individuelles complémentaires aurait permis d'obtenir ces clarifications à certaines réponses données par les intervenantes.

Une septième limite est que bien que le questionnaire utilisé dans cette étude est novateur, mise à part pour la version française de l'échelle de l'effet des événements révisée (IES-R), ces différentes sections n'ont pas été validées.

**Conclusion**

Cette étude visait à mieux comprendre la nature et l'intensité des impacts personnels et professionnels du décès par suicide d'un client chez des intervenants spécialisés auprès d'une clientèle suicidaire. Ses deux objectifs spécifiques étaient de décrire la nature et l'intensité des impacts sur des aspects personnels de la vie des intervenants (leur qualité de vie, la gestion des problèmes de leur vie quotidienne, leur confiance en soi, l'humeur et les sentiments qu'ils éprouvent dans la vie quotidienne, leur capacité à séparer leur vie professionnelle de leur vie personnelle, leurs relations avec les membres de leur famille et avec les membres de leur réseau social, leur santé physique, leur qualité de sommeil, leur consommation d'alcool et/ou de drogues) et de décrire la nature et l'intensité des impacts sur des aspects de leur vie professionnelle (leur habileté à exercer leur métier, la croyance en leurs compétences ou en leur jugement professionnel, leur habileté à évaluer la dangerosité suicidaire et homicide avec leurs clients, leur vécu émotionnel au travail, leur tendance à avoir recours à l'hospitalisation avec leurs clients suicidaires, l'importance qu'ils accordent à l'éthique ou à l'aspect légal dans leur travail, leurs relations avec leurs collègues de travail, la connaissance de leurs limites personnelles, leur habileté d'être à l'écoute, disponibles et attentives à leurs clients suicidaires, leur façon d'intervenir, leur style d'intervention ou leur approche théorique, leur habileté à gérer des situations de crises suicidaires, leur degré d'acceptation de la



réalité du décès par suicide d'un client, leur croissance professionnelle, leur degré d'investissement émotionnel avec leurs clients suicidaires, leur croyance en l'efficacité de la thérapie).

Pour atteindre ces objectifs, nous avons privilégié l'utilisation d'une méthode mixte combinant des données qualitatives et quantitatives. Un questionnaire autoadministré a été rendu disponible sur Internet. Il comprenait la version française de l'échelle de l'effet des événements révisée (IES-R) ainsi que des questions de nature quantitative utilisant deux échelles de Likert, une pour mesurer les impacts positifs et l'autre pour les impacts négatifs. Ces deux échelles représentent un apport en comparaison avec les études recensées et, en plus des données qualitatives recueillies, elles ont permis d'obtenir une vision plus complète de l'expérience des 12 intervenantes qui composent notre échantillon. Ces intervenantes sont toutes spécialisées auprès d'une clientèle suicidaire ou elles travaillent dans une organisation offrant des services à une clientèle à haut risque suicidaire.

Des analyses descriptives ont été effectuées pour les données quantitatives et une analyse thématique, selon l'approche de Paillé et Muchielli (2003), a été utilisée pour les données qualitatives. Les résultats de la présente étude révèlent la complexité de l'expérience des intervenantes à la suite du suicide de leur client. D'une part, elle se joue sur deux plans, sur le plan personnel et professionnel. Comme le soulignent plusieurs auteurs, les intervenants réagissent au décès de leur client autant comme une

« personne » qui a perdu un être significatif que comme un « professionnel » qui vit un événement critique dans son développement (Horn, 1994; Veilleux, 2011; Ellis & Patel, 2012).

D'autre part, toutes les intervenantes de la présente étude ont rapporté la présence d'impacts négatifs et positifs à la suite du décès, tant dans leur vie personnelle que professionnelle. Ces résultats renvoient encore une fois à la nature contrastée de l'expérience humaine, dans laquelle un individu peut ressentir des émotions positives face à un événement qui est traumatisant à première vue.

Un des résultats importants de cette recherche est que la majorité des intervenantes spécialisées auprès d'une clientèle suicidaire ont vécu des réactions de stress aigu dans la première semaine suivant le suicide. En effet, en se référant aux résultats de l'IES-R, neuf d'entre elles (75 %) présentent une intensité élevée de réaction de stress.

La vie personnelle est durement touchée. Une analyse approfondie des données montre que certains aspects de cette sphère sont plus ébranlés que d'autres, notamment la confiance en soi. Les intervenantes sont aussi habitées par des émotions intenses dans leur quotidien, elles vivent une diminution de leur qualité de vie et se plaignent d'une détérioration de leur santé physique, de leur qualité de sommeil et leur habileté à gérer les problèmes de leur vie quotidienne.

D'un autre côté, sur le plan de la vie professionnelle, nos résultats révèlent que la plupart des intervenantes sont en mesure de s'adapter à l'événement et de retirer des apprentissages qui contribuent à leur cheminement. Cela signifie qu'il est possible pour les intervenantes de vivre à la fois une intensité élevée de stress lors de la première semaine suivant l'événement, des impacts négatifs sur la vie personnelle et professionnelle tout en vivant plusieurs impacts positifs à court, moyen ou long terme. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude de Ruskin et al. (2004), qui révèlent que la majorité des intervenants s'adapte normalement à l'événement, mais qu'une minorité va vivre des impacts émotionnels qui atteignent un niveau morbide. Comme le soulignent Tedeschi, Park et Calhoun (1998), plus grand est l'événement traumatique, plus grande est l'opportunité de croissance post-traumatique pour les personnes touchées.

Comment un suicide peut-il changer positivement des choses au travail? Les intervenantes soulignent qu'ils en acquièrent notamment une meilleure connaissance de leurs limites personnelles, qu'elles ont toujours confiance en leurs capacités à exercer leur métier, qu'elles ont reçu du soutien de la part de leurs collègues. De plus, elles acceptent mieux la réalité du suicide d'un client et elles ont amélioré leur habileté à évaluer la dangerosité suicidaire/homicidaire tout en maintenant leur approche, leur style et leur façon d'intervenir.

Malgré tout, le suicide marque les intervenantes qui le vivent. Il provoque des émotions intenses dont de la culpabilité, l'anxiété, la tristesse et l'hostilité. De plus, il amène les intervenantes à douter de leurs compétences et leur jugement professionnel, et à se remettre en question. Une minorité d'entre elles vont même changer de carrière ou prendre une retraite anticipée et conséquemment mettre un terme à leur carrière, à la suite du suicide.

Par l'intensité des réactions des intervenantes et les impacts significatifs sur leur vie personnelle et professionnelle, le thème de la perte d'un client par suicide mérite qu'on lui accorde de l'attention sur le plan de la recherche, de la formation et de la supervision. Il s'avère important que les études futures sur ce thème adressent à la fois les impacts négatifs *et* positifs dans les deux sphères personnelle et professionnelle de la vie des intervenants afin de bien saisir toute la complexité de cette expérience.

Pour terminer, est-il nécessaire d'insister sur le fait que les conséquences de la décision d'une personne de se suicider sont marquantes. Contrairement à ce que peuvent penser les personnes suicidaires lorsqu'elles sont habitées par leur souffrance, leur décision de s'enlever la vie ne libère pas les gens qui les entourent. En fait, les répercussions de ce choix sont dévastatrices, et comme le déclarent Houle et Dufour (2008), la grande souffrance du suicidé se transfère à ses proches. Personne n'est épargné : la famille, les amis du défunt *et* les intervenants sont touchés profondément par cet événement tragique. Trop souvent oubliés dans le sillage du suicide, les

intervenants font partie des survivants. Le suicide les rejoint au cœur de leur identité professionnelle.

À l'instar de Castelli Dransart (2009), nous croyons personnellement que, devant la perte d'un client, nous sommes trop souvent pris au dépourvu. Nous devons rendre des comptes à la famille et à l'institution tout en étant submergés par une charge émotionnelle intense et des questionnements sur nous-mêmes et notre carrière. Nous croyons qu'il serait pertinent d'ajouter au cursus universitaire une formation qui nous prépare à faire face au suicide d'un client. Fournir des connaissances sur les comportements suicidaires, mais aussi des moyens de rester vigilants face à leurs conséquences sur nous est le meilleur gage d'une prévention et d'une postvention efficace.

## Références

- Alexander, D. A., Klein, S., Gray, N. M., Dewar, I. G., & Eagles, J. M. (2000). Suicide by patients: Questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1571-1574.
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., Nishizono-Maher, A., (2002). Reliability and validity of the Japanese-Language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 190 (3), 175-182.
- Brillon, P., (2010). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: Guide à l'intention des thérapeutes*. Edition Quebecor. Québec.
- Brown, H. N. (1987). The impact of suicide on psychiatrists in training. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 101-112.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a french version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 56-61.
- Callahan, J. (1996). Negative effects of a school suicide postvention program - a case example. *Crisis*, 17(3), 108-115
- Castelli Dransart, D. A. (2009, novembre). *Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalité d'aide et de soutien*. Communication présentée à la Fédération française de psychiatrie, Paris.
- Chemtob, C. M., Bauer, G., Hamada, R. S., Pelowski, S. R., & Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 294-300.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988a). Patient suicide: Frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145, 224-228.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988b). Patient suicide : Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19, 416-420.
- Cryan, E. M. J., Kelly, P., & McCaffrey, B. (1995). The experience of patient suicide among Irish psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 19(1), 4-7.
- D'Amour, L., & Kiely, M. C. (1986). Problèmes méthodologiques que posent les recherches sur le suicide. *Revue québécoise de psychologie*, 7, 103-126.

- De Leo, D., & Evans, R. (2003). International suicide rates: Recent trends and implications for Australia. Canberra. *Australian Government Department of Health and Ageing*. Récupéré à <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-i-intsui>.
- Darden, A. J., Rutter, P. A. (2011). Psychologists' experiences of grief after client suicide: A qualitative study. *OMEGA*, 63 (4), 317-342
- Deutsch, C. J. (1984). Self-report sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 833-845.
- Dewar, I., Eagles, J., Klein, S., Gray, N., & Alexander, D. (2000). Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin*, 24, 20-23.
- Dexter-Mazza, K., & Freeman, K. A. (2003). Graduate training and the treatment of suicidal client: The student perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 211-218.
- Ellis, E., & Patel, B. (2012). Client Suicide: What Now? *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 277-287
- Friedman, D., & Kaslow, N. (1986). The development of professional identity in psychotherapists: Six stages in the supervision process. *The Clinical Supervisor*, 4, 29-50.
- Gaffney, P., Russell, V., Collins, K., Bergin, A., Halligan, P., Carey, C., & Coyle, S. (2009). Impact of patient suicide on front-line staff in Ireland. *Death Studies*, 33, 639-656.
- Gill, I. J. (2012). An identity theory perspective on how trainee clinical psychologist experience the death of a client by suicide. *Training and education in Professional Psychology*, 6(3), 151-159.
- Gitlin, M. J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1630-1634.
- Gitlin, M. (2006). Psychiatrist reactions to patient suicide. Dans R. Simon, & R. E. Hales (Éds), *Textbook of suicide assessment and management* (pp. 477-492). Washington, American Psychiatric Publishing.
- Grad, O. & K. Michel (2005). Therapists as client suicide survivors. Dans K. M. Weiner (Éds), *Therapeutic and Legal Issues for Therapists Who Have Survived a Client Suicide: Breaking the Silence* (pp. 71-81), New York, The Haworth Press.



- Gutin, L. McGann, V. L. & Jordan, J. R. (2010). Guidelines for postvention care with survivor families after the suicide of a client. Dans *Grief After Suicide: Understanding the Consequences and Caring for the Survivors* (pp. 133-157), New-York.
- Goodman, J. H. (1995). How therapists cope with client suicidal behavior. Thèse de doctorat inédite. University of Missouri, États-Unis.
- Gulfi, A., Castelli Dransart, D. A., Heeb, J.-L., & Gutjahr, E. (2010). The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis: the Journal of crisis intervention and suicide*, 31(4), 202-210.
- Heeb, J., Gutjahr, E., Gulfi, A., & Dransart, D. A. C. (2011). Psychometric properties of the french version of the Impact of Event Scale-Revised in mental health and social professionals after a patient suicide. *Swiss Journal of Psychology*, 70, 105-111.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J. T., Haas, A. P., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2022-2027.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1442-1446.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Koestner, B., & Szanto, K., (2006). Problems in Psychotherapy With Suicidal Patients. *American Journal of Psychiatry*, 63, 67-72.
- Henry, M. (2006). *L'impact du décès par suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal, Canada.
- Henry, M., Séguin, M. & Drouin, M-S. (2008). L'impact du suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale : différences entre les femmes et les hommes. *Frontières*, 21 (1), 53-63.
- Horn, P. (1994). *Therapists' psychological adaptation to client suicidal behavior*. Thèse de doctorat inédite. Loyola University of Chicago, États-Unis.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

- Houle, J. & Dufour, M. A. (2010). Intervenir auprès des hommes suicidaires. *Psychologie Québec*, 27(1), 27-29.
- Jacobson, J. M., Ting, L., Sanders, S., & Harrington, D. (2004). Prevalence of and reactions to fatal and nonfatal client suicidal behaviour: A national study of mental health social workers. *OMEGA*, 39, 237-248.
- Kleespies, P. M., Becker, B. R., & Smith, M. R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 257-263.
- Kleespies, P. M., Penk, W. E., & Forsyth, J. P. (1993). The stress of patient behavior during clinical training: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 293-303.
- Krinsley, K., Gallangher, J., Weathers, F., Kutter, C., & Kaloupek, D. (2003). Consistency of retrospective reporting about exposure to traumatic events. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 399-409.
- Lafayette, J., & Stern, T. (2004). The impact of a patient's suicide on psychiatric trainees: A case study and review of the literature. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 49-55.
- Légaré, G., Gagné, M., St-Laurent, D., & Perron, P.-A. (2013). *La mortalité par suicide au Québec : tendances 1981 à 2010*. Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca>.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1063-1068.
- Linke, A., Wojciak, J., & Day, S. (2002). The impact of suicide on community mental health teams: Findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin*, 26, 50-52.
- Manocchia, M., Keller, S., & Ware, J. (2001). Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Quality of life research*, 10 (4), 331-345.
- McAdams, C. R., & Foster, V. A. (2000). Client suicide: Its frequency and impact on counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22, 107-121.
- Menninger, K. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 216-227.

- Mishara, B. (Éds) (1995). *The impact of suicide*. New York: Springer Publishing Co.
- Moody, R. (2010). *The impact of client suicide on mental health professionals* (Thèse de doctorat inédite). Accessible par ProQuest Digital Dissertations. AAT 3396330.
- Munson, J. (2009). *Impact of client suicide on practitioner posttraumatic growth*. Thèse de doctorat inédite. University of Florida, United States.
- Niemeyer, R. A. (2000). Suicide and hastened death: Toward a training agenda for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 551-560.
- Otero, M. (2012). *L'ombre portée, l'individualiste à l'épreuve de la dépression*. Les éditions du Boréal. Montréal. Québec.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociale*. Paris : Armand Colin.
- Pieter, G., De Gucht, V., Joos, G., & De Heyn, E. (2003). Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees. *European psychiatry*, 18, 345-349.
- Pilcher, J., & Bradley, A. (1996). Effects of sleep deprivation on performance: A meta-analysis. *Sleep*, 19(4):318-326.
- Qin, P., Madsen, B. H., & Mortensen, P. B. (2009). Characteristics of clients to a suicide prevention centre — An epidemiological analysis of the users over a 10-year period. *Journal of Affective Disorders*, 115, 339-346.
- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R. M., Dickens, S., & Sousa, G. (2004). Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. *Academic Psychiatry*, 28, 104-110.
- Rycroft, P. (2005). Touching the heart and the soul of the therapy: Surviving client suicide. Dans K. M. Weiner (Éds.). *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence* (pp. 83-94). New-York: The Haworth Press.
- Sanders, S., Jacobson, J., & Ting, L. (2005). Reactions of mental health social workers following a client suicide completion: A qualitative investigation. *OMEGA*, 51, 197-216.

- Schultz, D. (2005). Suggestions for supervisors when a therapist experiences a client's suicide. Dans K. M. Weiner (Eds.), *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence* (pp. 59–70). New York: Haworth Press.
- Tanney, B. (1995). After a suicide: A helper's handbook. Dans B. Mishara (Éds), *The impact of suicide* (pp. 100-120). New York. Springer Publishing Co.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). *Post Traumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, Laurence Erlbaum Associates.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Target Article: 'Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence ». *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Thommyangkoon, P., & Leenars, A. (2008). Impact of death by suicide of patients on Thai psychiatrists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 728-740.
- Ting, L., Sanders, S., Jacobson, J., & Power, J. R. (2006). Dealing with the aftermath: A qualitative analysis of mental health social workers' reactions after a client suicide. *Social Work*, 51, 329–341.
- Valente, S. M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 614–621.
- Veilleux, J. C. (2011). Coping with client death: Using a case study to discuss the effects of accidental, undetermined, and suicidal deaths on therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 222-228
- Yousaf, F., Hawthorne, M., & Sedgwick, P. (2002). Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin*, 26, 53–55.
- Weiss, D. & Mamar, C. (1997). The impact of Event scale- Revised. Dans J. Wilson, T. Keane (Éds), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford press.
- Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., & Thon, N. (2011). The Therapist's Reaction to a Patient's Suicide: Results of a Survey and Implications for Health Care Professionals' Well-Being. *Hogrefe Publishing*; 32(2): 99–105

## **Appendice A**

### **Questionnaire**

## QUESTIONNAIRE

Instruction : Ce questionnaire vise à mesurer la nature, l'intensité des impacts personnels et professionnels que vous avez vécus à la suite du suicide d'un de vos clients. Il comprend des questions à la fois de nature quantitative et de nature qualitative. Le temps de passation de ce questionnaire est d'environ 30 minutes. Nous vous invitons à fournir le plus de détails possible à vos réponses, car c'est ce qui nous permettra de bien comprendre votre expérience. Dans ce document, le masculin est utilisé pour alléger le texte. Sachez que nous sommes très reconnaissants de votre participation!

## Informations démographiques et professionnelles

- 1) Lequel de ces énoncés décrit le mieux votre profession actuelle? *(Indiquez un seul choix de réponse)*
- ☐ Psychologue
- ☐ Travailleur social
- ☐ Conseiller en orientation
- ☐ Éducateur spécialisé
- ☐ Psychothérapeute
- ☐ Autre (précisez): \_\_\_\_\_
- 2) Jusqu'à présent, combien de temps avez-vous travaillé en tant qu'intervenant dans un Centre de prévention du suicide de la province de Québec (CPS)? \_\_\_\_\_année (s) et \_\_\_\_\_mois

- 3) Depuis que vous pratiquez en tant qu'intervenant effectuant des suivis dans un CPS, à votre connaissance, combien de vos clients ont fait une tentative de suicide?  
\_\_\_\_\_
- 4) Depuis que vous pratiquez en tant qu'intervenant effectuant des suivis dans un CPS, à votre connaissance, combien de vos clients sont décédés par suicide (le décès peut être arrivé pendant ou après la terminaison du suivi)? \_\_\_\_\_
- 5) À quand remonte le dernier suicide d'un client que vous avez vécu en tant qu'intervenant effectuant des suivis dans un CPS? \_\_\_\_\_ année (s) et \_\_\_\_\_ mois
- 6) Quelle est votre année de naissance ? 1 9 \_\_\_\_
- 7) Quel est votre sexe?    ☐ Masculin    ☐ Féminin
- 8) Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez **complété**?
- ☐ Secondaire général ou professionnel
  - ☐ Collège / CÉGEP
  - ☐ Certificat universitaire
  - ☐ Baccalauréat
  - ☐ Maîtrise
  - ☐ Doctorat
  - ☐ Étude en cours (précisez): \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| <b>PARTIE 2</b><br><b>Intensité des impacts personnels</b> |
|--|

Les prochaines questions portent sur l'intensité de la réaction de stress que vous avez éprouvée dans la semaine suivant le décès par suicide de votre client. Nous vous prions de répondre aux prochaines questions toujours en vous rapportant au dernier décès par suicide d'un client que vous avez vécu en tant qu'intervenant à l'intérieur d'un Centre de prévention du suicide.

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé par chacune de ces difficultés au cours de la semaine suivant le suicide de votre client.

**La version française de l'Impact of Event Scale Revised**

| <i>Instructions.</i> Dans quelle mesure avez-vous été affecté ou bouleversé par le suicide de votre client.    |             |        |             |              |             |
|--|-------------|--------|-------------|--------------|-------------|
|  | Pas du tout | Un peu | Moyennement | Passablement | Extrêmement |
| 1. Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement                                       | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 2. Je me réveillais la nuit  | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 3. Différentes choses m'y faisaient penser   | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 4. Je me sentais irritable et en colère  | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser                           | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 6. Sans le vouloir, j'y repensais  | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 7. J'ai eu l'impression que l'évènement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel                              | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser   | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 9. Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête   | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 10. J'étais nerveux et je sursautais facilement  | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 11. J'essayais de ne pas y penser  | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |
| 12. J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'évènement, mais je n'y ai pas fait face | 0           | 1      | 2           | 3            | 4           |



|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Mes sentiments à propos de l'évènement étaient comme figés  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'évènement   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. J'avais du mal à m'endormir   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. J'avais du mal à me concentrer  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Ce qui me rappelait l'évènement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. J'ai rêvé à l'évènement   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. J'étais aux aguets et sur mes gardes  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. J'ai essayé de ne pas en parler   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|   |
|---|
| <b>PARTIE 3</b>   |
| Nature et intensité des impacts sur votre vie personnelle |

Les questions suivantes portent sur la nature et l'intensité des impacts du suicide de votre client sur différents aspects **de votre vie personnelle**. Il est à noter que le terme vie personnelle est ici utilisé au sens large, c'est-à-dire qu'il comprend à la fois les sphères personnelles, sociales, familiales et physiques. Nous vous prions de répondre aux prochaines questions en vous rapportant au dernier décès par suicide d'un client que vous avez vécu en tant qu'intervenant œuvrant dans un Centre de prévention du suicide. Veuillez indiquer **l'ensemble des impacts** que vous avez éprouvé depuis le moment du décès par suicide que ce soit, des impacts positifs et/ou négatifs.

Encerclez la réponse qui correspond le mieux à votre situation en utilisant les deux grilles ci-dessous. Pour chaque élément de votre vie personnelle, veuillez indiquer l'intensité des impacts positifs et/ou négatifs que vous avez vécus après le suicide de votre client. Par la suite, veuillez justifier et préciser chacune de vos réponses en donnant le plus de détails possible sur la nature des impacts.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

*Voici un exemple de réponses possibles :*

**Veuillez indiquer l'intensité des impacts positifs (+) et /ou négatifs (-) du suicide de votre client sur les éléments suivants de votre vie personnelle. Par la suite, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant avec le plus de détails possible la nature des impacts.**

1) *Votre qualité de vie.*

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS (-) |                 |                  |                     | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS (+) |                  |                   |                      |
|------------------------------------|-----------------|------------------|---------------------|------------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                       | Impact - légers | Impact - modérés | Impact - importants | Aucun impact                       | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                                  | 2               | 3                | 4                   | 1                                  | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

*J'ai noté une diminution importante de ma qualité de vie au début. J'avais l'impression de ne plus être heureux dans mon quotidien étant donné (...) J'ai également noté certains impacts positifs après X mois. Cette expérience m'a amené à m'arrêter et me questionner sur certains aspects de ma vie, ce qui fut bénéfique puisque (...)*

## 1) Votre qualité de vie.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 2) La gestion des problèmes de votre vie quotidienne.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 3) Votre humeur et les sentiments que vous éprouvez dans la vie quotidienne.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 4) Votre confiance en vous.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 5) Votre capacité à séparer votre vie professionnelle de votre vie personnelle.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 6) Vos relations avec les membres de votre famille.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 7) Vos relations avec les membres de votre réseau social.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 8) Votre santé physique.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 9) Votre qualité de sommeil.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

10) Votre consommation d'alcool et/ou de drogues.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

11) Le suicide de votre client a-t-il eu des impacts sur votre vie personnelle qui ne furent pas abordés dans les questions précédentes? ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels?

---



---



---



---



---



---



---



---

|   |
|---|
| <b>PARTIE 4</b>   |
| Nature et intensité des impacts sur votre vie professionnelle |

Les questions suivantes portent sur les impacts du décès par suicide de votre client sur différents aspects **de votre vie professionnelle**. Nous vous prions de répondre aux prochaines questions en vous rapportant au dernier décès par suicide du client que vous avez vécu en tant qu'intervenant dans un Centre de prévention du suicide. Afin de répondre aux questions, veuillez vous référer à **l'ensemble des impacts** que vous avez éprouvés depuis le moment du décès que ce soit, des impacts positifs et/ou négatifs.

Encerchez la réponse qui correspond le mieux à votre situation en utilisant les deux grilles ci-dessous. Pour chaque élément de votre vie professionnelle, veuillez indiquer l'intensité des impacts positifs et/ou négatifs que vous avez vécus après le suicide de votre client. Par la suite, veuillez justifier et préciser chacune de vos réponses en donnant le plus de détails possible sur la nature des impacts.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

*Voici un exemple de réponses possibles :*

**Veuillez indiquer l'intensité des impacts positifs (+) et /ou négatifs (-) du suicide de votre client sur les éléments suivants de votre vie professionnelle. Par la suite, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant avec le plus de détails possible la nature des impacts.**

*1) Votre confiance en vous en tant qu'intervenant.*

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS (-) |                 |                  |                     | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS (+) |                  |                   |                      |
|------------------------------------|-----------------|------------------|---------------------|------------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                       | Impact - légers | Impact - modérés | Impact - importants | Aucun impact                       | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                                  | 2               | 3                | 4                   | 1                                  | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

À la suite du suicide de mon client, j'ai appris à faire davantage confiance à mon jugement professionnel et à intervenir de façon plus confiante avec mes clients (...). Il m'arrive par contre plus souvent de douter de (...)

1) D'un point de vue général, votre habileté à exercer votre métier.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + Importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

2) Votre croyance en vos compétences ou en votre jugement professionnel.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

3) Votre habileté à évaluer la dangerosité suicidaire et homicidaire avec vos clients

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---



## 4) Votre vécu émotionnel au travail.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 5) Votre tendance à avoir recours à l'hospitalisation avec vos clients suicidaires.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 6) L'importance que vous accordez à l'éthique ou à l'aspect légal dans votre travail.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 7) Vos relations avec vos collègues de travail.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 8) La connaissance de vos limites personnelles.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

## 9) Votre habileté d'être à l'écoute, disponible et attentif à vos clients suicidaires.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

10) Votre façon d'intervenir, votre style ou votre approche théorique.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

11) Votre habileté à gérer des situations de crises suicidaires dans un suivi thérapeutique.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

12) Votre degré d'acceptation de la réalité du décès par suicide d'un client dans la pratique professionnelle.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

| INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---

13) Votre croissance professionnelle en tant qu' intervenant.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

14) Votre degré d'investissement émotionnel avec vos clients suicidaires.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

15) Votre croyance en l'efficacité de la thérapie.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

16) La gestion de votre horaire de travail ou de votre caseload.

| INTENSITÉ DES IMPACTS NÉGATIFS |                  |                   |                      | INTENSITÉ DES IMPACTS POSITIFS |                  |                   |                      |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Aucun impact                   | Impacts - légers | Impacts - modérés | Impacts - importants | Aucun impact                   | Impacts + légers | Impacts + modérés | Impacts + importants |
| 1                              | 2                | 3                 | 4                    | 1                              | 2                | 3                 | 4                    |

Si vous avez noté des impacts, veuillez justifier chacune de vos réponses en précisant la nature des impacts.

---



---



---

17) Le suicide de votre client a-t-il eu des impacts sur votre vie professionnelle qui ne furent pas abordés dans les questions précédentes? ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels?

---



---



---



---



---



---

**Appendice B**  
Courriel de recrutement

## COURRIEL DE RECRUTEMENT

Bonjour,

Je suis un étudiant au Doctorat en psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke et je communique avec vous dans un objectif de recrutement de participants pour mon projet de thèse. Celui-ci porte sur la nature et l'intensité des impacts personnels et professionnels du décès d'un client par suicide chez les intervenants effectuant des suivis à l'intérieur d'un Centre de prévention du suicide (CPS). Je suis donc présentement à la recherche d'intervenants qui effectuent ou qui ont effectués des suivis psychologiques dans un CPS et qui ont vécu un décès d'un client par suicide. Un délai minimal d'un mois doit s'être écoulé depuis le décès du client. Aucune limite n'a été fixée relativement à la période entre le décès et la participation à l'étude.

Votre participation à ce projet de recherche impliquerait de remplir un questionnaire d'une durée de 30 à 60 minutes qui est disponible sur Internet. Votre participation serait une occasion de réfléchir sur l'expérience que vous avez vécue à la suite du décès par suicide d'un de vos clients. De plus, vous pourriez contribuer à améliorer l'aide et la formation offerte aux intervenants relativement à ce thème.

Si vous souhaitez participer à cette étude, veuillez vous rendre sur le site Internet suivant où est disponible le questionnaire. Un formulaire de consentement vous expliquera plus en profondeur l'étude et ce qu'implique votre participation.

Lien Internet où le questionnaire sera disponible: <http://fr.surveymonkey.com/>.

Veillez recevoir mes meilleures salutations,

Michaël Bouchard  
Étudiant au doctorat en psychologie  
Université de Sherbrooke

**Appendice C**  
Formulaire de consentement



## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. Si vous avez des questions concernant ce projet ou le formulaire de consentement, vous pouvez contacter les chercheurs qui se feront un plaisir de vous renseigner.

### **Titre du projet**

Le décès par suicide d'un client, ses impacts sur les intervenants spécialisés en intervention suicidaire.

### **Responsables du projet**

Michaël Bouchard, étudiant au doctorat en psychologie clinique, est la première personne responsable de ce projet. La deuxième personne responsable est Mme Lucie Mandeville, professeure au Département de psychologie à l'Université de Sherbrooke. Vous pouvez rejoindre M. Bouchard et Mme Mandeville pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

### **Objectifs du projet**

Cette étude a pour objectif de mieux comprendre la nature et l'intensité des impacts personnels et professionnels chez des intervenants œuvrant dans des Centres de prévention du suicide à la suite d'un décès par suicide d'un client.

### **Raison et nature de ma participation**

Afin de participer à cette recherche, vous devez respecter certains critères d'admissibilité. Plus précisément, les participants sollicités dans cette étude sont les intervenants qui effectuent ou qui ont effectué des suivis psychologiques auprès de clients suicidaires dans un Centre de prévention du suicide et qui ont vécu au moins un décès d'un client par suicide. Le décès peut être survenu au cours du suivi thérapeutique ou après la terminaison de celui-ci. Un délai minimal d'un mois devra s'être écoulé depuis le décès du client par suicide.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche implique de remplir un questionnaire électronique d'une durée variant entre trente à soixante minutes. Vous pourrez remplir ce questionnaire électronique sur le site Internet [surveymonkey.com](https://www.surveymonkey.com) après avoir lu ce formulaire de consentement et accepté de participer à cette étude. Vous aurez à répondre à des questions concernant la nature et l'intensité des impacts personnels et professionnels que vous avez vécus à la suite du décès de votre client par suicide. Lorsque vous aurez rempli le questionnaire, vous n'avez qu'à cliquer sur une commande à la fin de celui-ci pour le faire parvenir au chercheur.

### **Avantages pouvant découler de la participation**

Votre participation à ce projet de recherche représentera une occasion de réfléchir sur l'expérience que vous avez vécue suite au décès par suicide de votre client. De plus, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur les impacts personnels et professionnels du décès par suicide d'un client chez les intervenants. Une meilleure compréhension de ces impacts permettra de guider la formation et le soutien offert sur ce thème.

### **Inconvénients et risques pouvant découler de la participation**

Comme votre participation à ce projet de recherche nécessite que vous vous remémoriez une expérience stressante que vous avez vécue, il est possible que le rappel de cette expérience puisse vous faire ressentir des émotions difficiles. Voici le numéro de différentes ressources que vous pouvez contacter si vous ressentez le besoin d'obtenir du soutien à la suite de votre participation. Il est aussi possible pour vous de consulter votre coordonnateur clinique qui est au courant du projet de recherche.

|  |
|--|
| <p style="text-align: center;"><b>SOS-suicide</b><br/> <b>Centre de crise de Québec</b><br/> <b>Tel-Aide Québec</b><br/> <b>CSSS de votre région</b></p> |
|--|

### **Droit de retrait de participation sans préjudice**

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de ne pas participer à la recherche sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Toutefois, comme le questionnaire est anonyme, une fois celui-ci rempli et retourné, il serait impossible de le détruire puisque le chercheur n'aura aucune façon de l'associer au participant désirant retirer son consentement.

### **Confidentialité des données**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche sont anonymes. Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas cinq ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes ayant participé à l'étude n'apparaîtra dans aucun rapport.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

### **Résultats de la recherche et publication**

L'information recueillie pourra être utilisée pour des fins de communication scientifique et professionnelle. Dans ces cas, rien ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à la recherche.

### **Identification de la présidente du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines**

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Lorrain**, présidente du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke, que vous pouvez rejoindre par l'intermédiaire de son secrétariat.

### **Déclaration du responsable**

Je, Michaël Bouchard, chercheur principal, déclare que je suis responsable du déroulement du projet de recherche. Je m'engage à garantir le respect de l'objectif de l'étude, à respecter la confidentialité et à vous informer de tout élément susceptible de modifier la nature de votre consentement.

### **Consentement libre et éclairé**

Je déclare avoir lu et compris le présent formulaire. Je comprends la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation au projet.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet. Je comprends que le fait de remplir ce questionnaire électronique signifie que je consens à prendre part à l'étude décrite dans ce formulaire de consentement.

☐ Oui      ☐ Non